**药物临床试验数据溯源申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称和编号：** | |
| **申办方：** | **CRO：** |
| **承担科室：** | **主要研究者** |
| **溯源时间段：**  **溯源内容：**  **受试者 住院号 身份证**  **溯源人身份号码：**  **研究者□ 申办方监查员□ 稽查人员□ 官方检察人员□**  **溯源人姓名、电话及身份证号码：** | |
| **机构意见：**  **签字： 日期：** | |
| **信息科主任：**  **签字： 日期** | |