**临床试验稽查预约申请**

|  |
| --- |
| 项目名称：  |
| 申办者：  |
| 参研科室： |  |
| PI |  | Sub-I |  |
| 预约稽查日期： |  |
| 预约稽查地点： | 1、机构办 2、科室 3、GCP药房 4、其他溯源地（自行填写） |
| 稽查人员 | 1 | 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 2 | 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 3 | 姓名 |  | 身份证号 |  |
| … |  |  |  |  |
| 稽查人员所属公司 |  |
| PI意见 |  |
| 机构办意见 |  |
| 附件 | 稽查函/身份证副本/委托函/稽查员资质证明（履历、GCP证书等） |