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） | | | | | | |