**临床试验资料借阅/复印申请表**

**以下信息由借阅/复印人填写**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | |
| 申办者名称 |  | |
| 研究专业 |  | |
| 借阅/复印单位 |  | |
| 借阅/复印用途 |  | |
| 申请人身份证号码 |  | |
| 申请人手机号码 |  | |
| 申请人邮箱 |  | |
| 申请人签名 |  | |
| 机构借阅/复印资料类型 | 编号或份数 | 类型 |
| 研究者文件夹 |  | 借阅复印 |
| 研究病历 |  | 借阅复印 |
| 知情同意书 |  | 借阅复印 |
| 病例报告表（CRF） |  | 借阅复印 |
| 其他： |  | 借阅复印 |
| 申办者确认 | 盖章： 日期： | |