**临床试验住院病历借阅/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： | |

**相关部门意见**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申请人签字 | 同意 **1** 不同意1 **1** | 签名： 日期： |
| 主要研究者 | 同意 **1** 不同意1 **1** | 签名： 日期： |
| 机构办 | 同意 **1** 不同意1 **1** | 签名： 日期： |
| 医务科 | 同意 **1** 不同意1 **1** | 签名： 日期： |
| 病案室 | 同意 **1** 不同意1 **1** | 签名： 日期： |