**临床研究物资管理模式申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 申办者 |  | | |
| 承担科室 |  | | |
| **管理模式申请** | | | |
| 药品 | □ 承担科室自行管理：药品管理员 、  □ GCP药房集中管理 □ 不适用 | | |
| 医疗器械 | □ 承担科室自行管理：医疗器械管理员 、  □ GCP办公室协助接收、退还 □ 不适用 | | |
| 研究资料 | □ 承担科室自行管理：资料管理员  □ GCP办公室协助接收、退还 | | |
| 承诺书  （申请承担科室自行管理  模式时必须  签署） | 我承诺严格按照研究方案使用/发放申办者提供的药品/医疗器械，保证仅用于临床研究受试者，不额外收取受试者费用。我承诺按照方案要求的储存条件妥善保管申办者提供的药品/医疗器械，做到专人管理、账物相符。我承诺临床研究物资相关接收、使用/发放、退还记录真实、完整、及时。  主要研究者签名： | | |
| 主要研究者 |  | 申请日期 |  |
| GCP办公室  意见 | □同意  □不同意，具体意见：    办公室主任签名： 日期： | | |