**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： |