临床试验研究团队（计划）

通用名：

临床试验批件号：

项目名称：

申办者：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室 | 姓名 | 职责分工 | 签名 | 联系电话 |
|  |  | 主要研究者 |  |  |
|  |  | 项目质控员 |  |  |
|  |  | 研究医生 |  |  |
|  |  | 研究医生 |  |  |
|  |  | 专业药物管理员 |  |  |
|  |  | 专业档案管理员 |  |  |
|  |  | 研究护士 |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**签名者承诺：**

在本项临床试验中，遵守药物临床试验质量管理规范等相关法律法规，执行利益冲突回避和保密制度，按临床试验方案、机构及专业管理制度和标准操作规程认真履行职责。

主要研究者（签名）：

日期： 年 月 日

**临床试验研究团队（计划）**

项目名称：

申办者：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科室 | 姓名 | 职责分工 | 联系电话 |
|  |  | 主要研究者 |  |
|  |  | 质控员 |  |
|  |  | 器械管理员 |  |
|  |  | 档案管理员 |  |
|  |  | 研究者 |  |
|  |  | 研究者 |  |
|  |  | 研究护士 |  |
|  |  | 临床研究协调员 |  |
|  |  |  |  |

**承诺：**

在本项临床试验中，遵守医疗器械临床试验质量管理规范等相关法律法规，执行利益冲突回避原则和保密制度，按临床试验方案、机构及专业管理制度和标准操作规程认真履行职责。

主要研究者签名：

 日期：