**临床试验合同会签审批单**

|  |  |
| --- | --- |
| **合同名称** |  |
| **合同编号** |  |
| **PI/联系人姓名及电话** |  |
| **协议类型** | □主协议（为模版合同□是□否）  □补充协议（请文字描述，如增加或修改费用、主体变更等）  □CRC聘用协议（请注明申办者、SMO公司名称）  □其他（请文字描述） |
| **接收日期** | 年 月 日 |
| **形式审查**  **意见** | 机构办公室秘书签名：  日期： |
| **部门负责人**  **意见** | 机构办公室主任签名：  日期： |
| **法律顾问**  **意见** | 签名：  日期： |
| **财务部门**  **负责人意见** | 签名：  日期： |
| **审计意见** | 签名：  日期： |
| **总会计师**  **意见** | 签名：  日期： |
| **分管院长**  **意见** | 签名：  日期： |
| **医院法人**  **意见** | 签名：  日期： |