**河北医科大学第四医院**

**机构药房试验药品调药申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | |  | | | | | | | | |
| 承担专业  及PI姓名 | |  | | | | 试验分期/类别 | | Ⅰ□ Ⅱ□ Ⅲ□ Ⅳ□  IIT研究□ BE□ 其它□ | | |
| 申办者/CRO  申请医院  调动药品信息 | 申办方  （**盖公章**） | | |  | | | | CRO公司（如有） | | |
| 申请调药  原因 | | |  | | | | | | |
| 联系人 | | |  | | | 电话 | |  | |
| 经办人签字 | | |  | | | 日期 | |  | |
| 申请调药信息 | | | | | | | | | |
| 药物名称 | | 规 格 | | 是否指定批号 | | 数 量 | | | 备注 |
|  | |  | | 是□ 否□ | |  | | |  |
|  | |  | | 是□ 否□ | |  | | |  |
|  | |  | | 是□ 否□ | |  | | |  |
| 申请调药医院信息 | | | | | | | | | |
| 医院名称 | | |  | | | 主要研究者 | | |  |
| 联系人 | | |  | | | 电话 | | |  |
| 医院详细  邮递地址 | | |  | | | | | | |
| 试验机构 | 主要研究者签字 | | |  | | | 日期 | | |  |
| 机构办主任签字 | | |  | | | 日期 | | |  |
| 药品管理员/经办人签字 | | |  | | | 日期 | | |  |
| 备注 |  | | | | | | | | | |