**山东第一医科大学第一附属医院（山东省千佛山医院）**

**药物临床试验项目病理切片申请单**

|  |
| --- |
| **项目名称：**  |
| **受试者姓名：** | **组织病理号：** |
| **项目科室：**  | **项目编号：**  |
| **负责人（PI）：王**  | **名称摘要：**  |
| **标本：**  **份** | **金额：**  **元** |
| **切片：** **片** | **金额：**  **元** |
| **切片要求：**  |
| 申请医师： | 时间： | 山东第一医科大学第一附属医院（山东省千佛山医院）药物临床试验机构办公室（盖章） |
| 项目CRC: | 手机： |