**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： | |