

山东第一医科大学第一附属医院（山东省千佛山医院）临床试验机构办

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(01)项目检查申请单

项目 科室：_____ 项目编号：_____

负责人 (PI)：_____ 名称摘要：_____

项目名称：_____

检查/检验分期： 筛选期 观察期 I 观察期 II 观察期 III

受试者姓名：_____ 门诊/病历号：_____

检查科室	检查/检验项目	金额(元)
检验科		
		其它：



JGB

免费检查单盖章 OA 用章申请流程 3-4 个工作日，
请提前安排时间，相应流程说明见表 32



JGB

项目编号、摘要需与临床试验协议中机构填写编
号、摘要保持一致。

第一联

总计

申请医生： 年 月 日

审核部门（盖章）

临床试验机构	财务处	门诊收费处
年 月 日	年 月 日	年 月 日

注：此检查单作为我院临床试验机构办公室、医+ 处与申办方结算依据，请妥善保管。
(此单共两联，一联收费处留存，一联临床科室留存，待项目结束时与临床试验机构办公室核算费用。)

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(01)项目检查申请单

JGB
总费用需手写

JGB
医生签字

JGB
机构盖章(盖章必须清晰完整，如有残缺，不全一律作废)+签日期

JGB
收费处签日期

JGB
免费检查单右侧第一联、第二联，内容金额相同的两份，一份留在收费处，一份留在科室 ISF。页面首尾的这两处标题不能删除，必须保留，如检查项目较多，可分页书写，务必保证此页内容完整性。