|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **重庆市肿瘤医院临床试验项目SMO优选记录** | | | | | |
| 项目名称： | | | | | |
| 申办者/CRO： | | | | | |
| 开展科室： | | | 主要研究者： | | |
| **申办者是否有意向SMO** | | | | | |
| 是，请继续完善下列表格 | | |  否，进入SMO推荐流程 | | |
| 申办者/CRO意向SMO |  | | 机构办/PI拟推荐SMO  和CRC人选 |  |  |
| 意向SMO拟派CRC人选 |  | |  |  |
| 申办者/CRO填写人签字： 日期： | | |  |  |
| **该CRC是否为科室提供过临床试验协调服务** | | | 申办者拟选择SMO和CRC人选： | | |
| 是，请征求PI和机构办意见 | 否,进入SMO遴选流程 | |
| 申办者/CRO填写人签字： 日期： | | |
| PI 意见: 同意聘用   不同意聘用，  意见：   PI签字：   日期： | 机构办/PI  拟推荐参加  遴选的另外  两家SMO |  | PI 意见: 同意聘用   不同意聘用，  意见：   PI签字：   日期： | | |
| 机构办意见: 同意聘用   不同意聘用，  意见：   机构办主任签字：   日期： |  | 机构办意见: 同意聘用   不同意聘用，  意见：   机构办主任签字：   日期： | | |
| PI签字/日期：  机构办主任签字/日期： | |