|  |
| --- |
| **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： |