**总结报告或分中心小结盖章前相关信息确认表**

|  |
| --- |
| **项目名称：** |
| **专业名称：** | **项目负责人：** |
| **专业需确认信息：**1. 项目负责人或其指定研究者已与监查员共同依据《临床试验保存文件》清单核对应保存文件。

项目指定研究者签字： 日期：监察员签字： 日期：1. 项目的质控已按要求完成。

 质控相关人员签字:专业质控员 日期： 机构质控员 日期：1. 药品的回收/销毁等流程已完成。

专业药品管理员签字： 日期：机构药品管理员签字： 日期：1. 已仔细核对总结报告/分中心小结,内容真实、准确，并保证以上1、2、3条已由签字者本人完成信息确认并由其本人签字。

 项目负责人签字： 日期： |
| **机构需确认信息：**1. 机构办公室秘书确认与申办方财务账目已结清。

机构办公室秘书签字： 日期：1. 机构档案员确认已通知该项目指定研究者项目文件的归档及接收日期。

机构档案员签字： 日期： |
| **机构办公室主任意见：****同意盖章 / 不同意盖章 （请在选项上打√）** 签字： 日期：  |