**研究者授权表**

|  |
| --- |
| 项目编号： |
| 临床试验项目名称： |
| 申办方/CRO： | 主要研究者： |
| 专业科室： | 启动和培训日期： |
| 主要研究者XXX对该试验项目授权如下： |
| 授权时间： 年 月 日 至 年 月 日 |
| 姓名 | 姓名缩写 | 科室 | 职称/职务 | 授权范围 | 数字样张(0-9) | 签名 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 授权人签名/日期： |
| 授权范围代码：1.项目总负责； 2.知情同意； 3.患者筛选； 4.随机分组； 5.执行试验重要步骤（ ）； 6.随访； 7.填写原始资料； 8.填写CRF； 9.上报SAE； 10.药物/器械管理； 11.资料管理； 12质控； 13其他（ ） |