工作委托函

**温州医科大学附属第二医院临床试验机构:**

兹有×××××（申办方名称）×××××申办的“×××××（项目名称）×××××××××××××××××××××××××××××××”临床试验在贵机构××（专业名称）××开展，主要研究者为×××。×××××（CRO名称）×××××为该项目的合同研究组织（CRO）。

因项目开展需要，现委托×××××（公司名称）×××××人员于××年××月××日至××年××月××日至贵院开展×××××工作。

* **约定如下：**
1. 委托人员来院前应提前与机构办、科室研究者进行沟通预约，经机构办批准和科室研究者同意后到院开展相应工作。
2. 委托人员在院期间应严格遵守医院相关规定和办事流程。
3. 委托人员应承诺对医院所有临床试验相关资料保密，严禁复印、拍摄任何临床试验相关资料。
* **委托人员信息**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **身份证号** | **手机号码** |
| XXX | × | ×××× | ×××× |

**附件：**

1. 委托人员简历、GCP证书、身份证复印件
2. 稽查公司营业执照（若涉及）

**委托人员签字：**

**日期：**

**申办方或CRO（签章）：**××××××××××

**日期：**