**试验药品病区二级库管理申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究项目名称 |  | | | | | |
| 方案编号 |  | | | 申办方 | |  |
| PI/ Sub I |  | | | 科 室 | |  |
| 药品二级库管理科室 |  | | | | | |
| 病区药品管理员 |  | | | | | |
| 二级库设立理由 |  | | | | | |
| 试验药品名称 |  | | | | | |
| 试验药品储存条件 |  | | | | | |
| 是否有适合药品保存的地点 | |  | | | | |
| 是否准备药品管理记录 | |  | | | | |
| 药品管理员是否进行培训 | |  | | | | |
| 备 注 |  | | | | | |
| 申请人及联系方式 |  | | 申请日期 | |  | |
| GCP中心审核人签字 |  | | 审核日期 | |  | |