附件5

大连大学附属中山医院横向科研项目审批表

|  |
| --- |
| 申请事由：  项目负责人：  项目名称：  项目负责人签字： 年 月 日 |
| 临床试验机构意见：  □受 理  □不受理（原因）  负责人签字： 年 月 日 |
| 财务部审核合同/协议财务部分内容意见：  □受 理  □不受理（原因）  负责人签字 ： 经办人： 年 月 日 |
| 法律办审核合同/协议法律部分内容意见：  □受 理  □不受理（原因）  负责人签字 ： 经办人： 年 月 日 |
| 法人/授权委托人意见：  □同 意  □不同意（原因）  签字 ： 年 月 日 |
| 合同章施章人签字：  年 月 日 |

大连大学附属中山医院临床试验机构办