**GCP医嘱导出申请**

信息科，

\*\*\*科“临床试验名称”已完成，因费用核算需要，现申请导出以下患者在下表中相应时间范围内的GCP医嘱。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **登记号** | **时间范围** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 药物临床试验机构办公室

 \*\*\*\*年\*\*月\*\*日