附件1：

**临床研究协调员授权委派函**

广州市番禺区妇幼保健院机构办公室：

兹有XXXXXXXX公司（申办方）正在贵中心开展XXXXXXXXX（临床试验项目名称），我单位XXXXXXXX公司（SMO）授权委托临床研究协调员（以下称“CRC”）\_\_\_\_\_\_\_\_\_身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系方式：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（附简历、GCP培训证书、身份证复印件）负责本项临床试验开展的各项协助工作，时间从\_\_\_\_\_\_\_\_\_（填写具体时间）起，上级主管/经理是\_\_\_\_\_\_\_\_，联系方式\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。在此期间，经授权的CRC应在研究者的指导下，协助研究者进行非医学判断的相关事务性工作，完成研究中心各项试验工作的协调，确保试验项目符合GCP和方案的要求。

以下情况特此说明：

1.CRC为我司全职雇员，贵院和主要研究者有权对CRC的资质进行审核。若CRC的资质不满足本研究项目的要求，院方及主要研究者有权要求我司更换。

2.CRC在我司已接受过必要的相关培训。

3.对于因CRC提供服务时产生的对受试者或研究机构造成的损害或损失，由我方承担全部责任。

委托方（盖章）：XXX有限公司

日期：

受委托人（签字）：

日期：