**차의과학대학교 분당차병원**

**센터이용(변경) 신청서\_세포치료센터**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **접수 번호** | **접수일** | **접수자** |
| **CTC-SC-YYYY-000** |  | (서명) |

\*위 란은 접수처 기재란 입니다.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 시험책임자*(또는 사용 신청자)* | 소속 |  | 직위 |  | 성명 | (서명) |
| IRB No. |  |
| 연구과제명 |   |
| 임상시험구분 | [ ]  연구자 주도  | [ ]  의뢰자 주도 |
| 시험 단계 | [ ]  Phase1 [ ]  Phase2 [ ] Phase3 [ ]  Phase 4 [ ]  기타 ( ) |
| 대상자 수 | 총 명 | 연구기간 | **~** ***( 개월 )*** |
| 연구비/ 지원기관 |  총 원 | 기관명 : |  |
| [x]  기업 [ ]  분당차병원 [ ]  국가과제 [ ]  기타( )[ ]  연구비/지원기관이 없을 경우 센터이용료 정산 시 지급 처리 방법에 대해 상세 기술하여 주시기 바랍니다.( ) |
| 세포치료실서비스종류 | [ ]  세포치료실 시설 [ ]  세포치료실 인력[ ]  기타: |
| 이용기간  | ***YYYY.MM.DD*** ~ ***YYYY.MM.DD*** ***( 개월)*** |
| 이용구분 | [ ]  초기 신청 | [ ]  변경 신청 |  |
| 변경사유:( ) |
| SOP준수 | 세포치료실 직원은 업무 진행 시 임상시험센터 세포치료실 SOP를 따른다.세포치료센터 시설을 이용하는 자는 세포치료실 SOP에 따른 이용 시 주의사항을 준수한다.[ ]  동의함 [ ]  동의하지 않음 |
| 비고  | *위임 또는 이용하고자 하는 내용을 구체적으로 기재하여 주십시오.* |