**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 : | |  | | |
| 기업  분당차병원  국가과제  기타( )  연구비/지원기관이 없을 경우 센터이용료 정산 시 지급 처리 방법에 대해 상세 기술하여 주시기 바랍니다.  ( ) | | | | | | | |
| 세포치료실  서비스종류 | 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.* | | | | | | | |