임상시험센터 검체관리서비스 의뢰요청서

**다음과 같이 임상시험에 대한 검체관리서비스 이용을 의뢰합니다.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **연구과제명** |  | | | | **IRB**  **과제번호** |  |
| **연구책임자** | | 성명 : 소속 : | | | | |
| **의뢰사** | |  | | **CRO** | |  |
| **시험대상자수** | | □ 환자 ( 명) □ 건강인 ( 명) | | | | |
| **의뢰업무** | **검체채취** | □ 채혈 □ 채뇨 □ 채담 □ 채변 □ 기타 ( ) | | | | |
| **검체보관** | □ 상온 □ 냉장(2~8℃) □ 냉동(-20℃이하) □ 냉동(-70℃이하) □ 기 타 ( )  **※ 냉동기기 이용 시 소정의 냉동기기 이용료가 산정될 수 있습니다. 냉동기기 이용신청서 참조.** | | | | |
| **검체처리** | * 혈장/혈청 분리 및 분주 * ESR * P.B Smear * Urine hCG * Urinalysis (Urine Stick) | * 약물스크리닝 * PBMC 분리 * QuantiFERON-TB배양 * 기타 ( ) | | | |
| **특이 사항**  **(요청사항 기입)** | |  | | | | |
| **위와 같이 의뢰요청서를 제출합니다.** | | | | | | |
| **책임연구자** | | (인) | | **신 청 일** | | **년 월 일** |
| **임상시험센터장 귀하** | | | | | | |
| 접수처 기재 | | | | | | |
| **접수일자** | | **년 월 일** | | **접수확인** | | (인) |

이외 자세한 사항은 담당자(최상미, 032-890-1121, [ap11021@inhauh.com](mailto:ap11021@inhauh.com))에게 문의 바랍니다.