**递交资料声明**

**山东大学齐鲁医院（青岛）临床试验机构办公室：**

兹有 公司委托贵院 专业开展（□药物/□医疗器械）临床试验：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。保证以下声明：

1. 所递交资料均严格按照NMPA相关要求和山东大学齐鲁医院（青岛）临床试验机构办的要求准备。
2. 所递交资料均已经过核实并保证其真实性、完整性。
3. 如果递交资料有任何问题，我方将承担相关法律责任。
4. 保证在研究者文件夹中的资料包含本次的全部电子文件，且内容一致。

**递交人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**递交人电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**递交人所在单位：（公章）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**递交时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**