**附件5 申办方、CRO、SMO等相关人员来院预约申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **联系电话** | **岗位** | **公司名称** | **计划来院时间 （开始/结束）** | **来往科室** | **14天内有无离邕** | **离 邕****目的地** | **离邕日期** | **回邕日期** | **是否有疫区人员接触史** | **是否有发热咳嗽等症状** |
|  |  | ** CRC  CRA****□ 其他人员** |  |  |  | **无（不需填写后3列） 有** |  |  |  | **否****是** | **否****是** |
|  |  | ** CRC  CRA****□ 其他人员** |  |  |  | **无（不需填写后3列） 有** |  |  |  | **否****是** | **否****是** |
|  |  | ** CRC  CRA****□ 其他人员** |  |  |  | **无（不需填写后3列） 有** |  |  |  | **否****是** | **否****是** |
|  |  | ** CRC  CRA****□ 其他人员** |  |  |  | **无（不需填写后3列） 有** |  |  |  | **否****是** | **否****是** |