|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **咨询人员及课题信息** | | | | | | | |
| 咨询人员 |  | 科室 |  | | 职称 |  |
| 联系电话 |  | | 邮箱 |  | | | |
| 课题名称 |  | | | | | | |
| 课题类别 |  | | | | | | |
| 课题时间 | 年 月至 年 月 | | | | | | |
| 咨询主题 |  | | | | | | |
| **承诺：本课题所提供的研究设计方案、实验标本以及原始数据真实可靠，若因造假、捏造或剽窃他人数据及成果造成的一切不良后果，均由本人承担。**  **课题（科室）负责人或导师签字（手签）：** | | | | | | | |
| **以上由咨询人员和负责人填写** | | | | | | | |
| **山东大学齐鲁医院临床流行病学研究室/山东大学临床研究中心** | | | | | | | |
| 课题指导人员 |  | | | | | | |
| 指导时间 |  | | | | | | |
| 咨询记录 |  | | | | | | |
| **承诺：课题指导人员为您提供的解决方案真实可靠，绝不擅自以直接、间接、口头或书面等形式泄露所涉及的临床研究方案或临床原始数据。**  **课题指导人员（手签）：** | | | | | | | |