**试验药物交接承诺书**

**项目名称：**

**方案编号：**  
**主要研究者：**  
**申办者：**

我公司将负责在**首次用药之前**主动联系“中心”的药剂师和指定的药物管理员三方一起对药物交接进行质控。

药剂师：宋亚京

电 话: 69154129

邮 箱：songyajing@pumch.cn

**联系人：**   
**联系方式：  
  填写日期：**

**公司名称及公司盖章**