**科研课题质控整改报告**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科室 |  | 项目负责人 |  |
| 质控时间 |  | 质控人员 |  |
| 项目名称 |  | | |
| 国家医学研究登记备案号 |  | | |
| **整改内容及措施**：  备注：整改报告需在质控意见接收后5个工作日内完成。 | | | |
| 项目负责人（签字）： 日期： | | | |
| 质控员签字： 日期： | | | |