

启动会议签到及保密承诺表

方案名称(编号)				
申办方		培训人		
会议名称		主要研究者		
会议时间		会议地点		
我自愿参加该项目的研究工作，在工作中遵守湖南省血吸虫病防治所（湖南省第三人民医院）药物临床机构对项目作出的如下保密规定，如违反下列规定对项目造成经济损失，将承担相应的法律责任。 1) 未经主要研究者及湖南省血吸虫病防治所（湖南省第三人民医院）药物临床机构许可不向外界透露或发表所从事试验的内容和数据。 2) 试验中原始资料有专柜且带锁保存，电脑中的电子文档加密保存。试验中已经采取了其他的保密措施，能够做到除本人以外，其他人未经授权不能查看到有关试验的内容。 3) 在完成试验后及时将试验记录、试验相关资料及试验总结交至指定负责人，并由负责人整理后统一交至资料柜加锁保存。				
参加人员签字	工作单位	职务	联系电话	电子邮箱