**临床监查员声明**

宜宾市第一人民医院医疗器械临床试验机构办公室：

作为 项目的监查员，本人已详细阅读贵机构制定的《临床监查员工作指引》，将严格遵照执行，并将严格遵守《医疗器械临床试验质量管理规范》，严格履行监查员职责。

 CRA（签名）： 日期：