**武汉市第三医院**

**药物临床试验项目申请书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **试验项目名称** |  | | |
| **试验类型** | □IIT类 □注册类（如勾选此项，请填写试验分期和注册分类） | | |
| **试验分期（如有）** |  | **注册分类（如有）** |  |
| **拟申请入组例数** | 例（共 例） | **预计研究起止时间** |  |
| **申办方及联系方式** |  | | |
| **CRO（如适用）** |  | | |
| **CRA联系方式** |  | **CRC及联系方式** |  |
| **组长单位及专业组** |  | **主要研究者** |  |
| **本中心专业组** |  | **主要研究者** |  |
| **主要研究者签字：** | **年 月 日** | **材料递交人签字：** | **年 月 日** |
| **机构办秘书形式审查：**  机构办公室对您申报的临床试验项目资料及资质进行了初审并登记备案。  机构秘书签字：  年 月 日 | | **机构办公室主任审查：**  机构办公室主任签字：  年 月 日 | |

|  |
| --- |
|  |