**成都市双流区第一人民医院 四川大学华西空港医院**

**药物临床试验立项申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 试验项目 |  | | | | | | | | | | | |
| 试验用  药品名称 | 中文名称 | |  | | | | | 英文名称 | |  | | |
| 注册分类 |  | | | | | | | 国际多中心研究 | | □ 是 □ 否 | | |
| 临床试验分期 | □ Ⅰ期 □ Ⅱ期 □ Ⅲ期 □ Ⅳ期 □ 其他 | | | | | | | | | 剂 型 |  | |
| 规 格 |  | |
| 申办单位/CRO |  | | | | | | | 联系人/  电话/邮箱 | |  | | |
| 临床试验  预期时间 | 年 月 至 年 月 | | | | | | | 临床试验批件号 | | |  | |
| 组长单位 |  | | | | | | | 病例总数 | | | 例 | |
| 研究专业 |  | | | | | | | 预期完成病例数 | | | 例 | |
| 主要研究者 | 姓名 |  | | 联系  电话 |  | | | | 参加过药物  临床试验 | | | □是  □否 |
| 职务 |  | | 职称 |  | | | | 是否接受GCP培训 | | | □是  □否 |
| 项目秘书 |  | | | | | | | | 联系电话 | | |  |
| 主要研究者签名：  日 期： | | | | | | | 专业负责人意见：  签名：　 日 期： | | | | | |
| 机构办公室审核意见：  签名：　 日 期： | | | | | | 机构主任审核意见：  签名：　 日 期： | | | | | | |