|  |
| --- |
| 请填写下列内容 |
| 试验用药品名称 |  |
| 适应证 |  | 注册分类 |  |
| 试验名称 |  |
| 试验分期 | □Ⅰ期 □Ⅱ期 □Ⅲ期 □Ⅳ期 □生物等效性/生物利用度 □上市后研究 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 组长单位 |  | 组长单位主要研究者 |  |
| 试验计划起止日期 | 年 月 日 ---- 年 月 日 |
| 申办者 |  |
| CRO公司（如适用） |  |
| 项目联系人 |  | 职务 |  |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| 需要咨询的问题 |  |
| 是否立项此临床试验：□是 □否 |
| 审批意见  |  |
| 经办人 |  | 经办日期 |  |
| 审批人 |  | 审批日期 |  |