临床试验立项审阅单

机构受理号：

|  |  |
| --- | --- |
| PI/方案名称 |  |
| 申办者/CRO |  |
| 联系人／电话 |  |
| 试验性质 | 药物临床试验 |
| 备注 |  |
| 机构受理时间 | 年 月 日 签名： |
| 机构办公室主任意见 | 签名： 时间： |
| 审核人意见 | 签名： 时间： |
| 立项审核会议时间 |  | 立项时间 |  |

备注：请将此审阅单连同临床试验文件夹一并交立项审核小组