|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日期** | **药物/器械名称** | **申办方** | **药物分类/临床分期** | **适应症** | **专业及研究者** | **组长单位名称/总例数/中心数/本中心预计例数** | **观察费（不含管理费税费）/访视次数/访视周期** | **是否国际多中心** | **CRO名称及联系人电话（若无，填写申办方人员联系方式** | **SMO** | **新项目或**增加中心项目/研究者会或方案讨论会计划时间 | **是否和研究科室、研究者沟通（若有，沟通结果）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **说明： 1、请仔细阅读表格内容，各项信息填写完整，缺项则无法审核；联系方式填写常用申办方或CRO联系人电话 2、发送此表格时需同时发送：①**临床试验批件（若无请在邮件中详细说明不需要试验批件的原因）或项目备案公示截图②方案或方案摘要 3、如为IV期临床试验，请在备注栏注明试验药物是否由申办方免费提供，检查是否免费、受试者补贴情况 | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |