**药物临床试验信息与审议表**

机构受理号： 填表日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 项目编号、名称 |  |
| 中文药名： | 英文药名： | 商品名： |
| 国家药品监督管理局批件号： | 注册证号/专利证号：  |
| 注册分类： | 临床试验分期： | 申请事项：  |
| 受试病种 |  |
| 剂型 ： | 规格： |
| 申办方： | CRO： |
| 进药方式： □免费 □正常购买 □优惠价（请详细说明优惠政策） |
| 组长单位 |  | PI |  |
| 参加单位 |  | PI |  |
|  | PI |  |
|  | PI |  |
|  | PI |  |
|  | PI |  |
|  | PI |  |
|  | PI |  |
|  | PI |  |
|  |  |  |
|  | PI |  |
|  | PI |  |
|  | PI |  |
| 申办单位（CRO）联系人 | 监查员： | 联系方式 | 电话、邮箱： |
| 项目经理： | 电话、邮箱： |
| 以下由药物临床试验机构填写 |
| 机构办公室主任审阅意见：□ 同意□ 不同意 签字： 年 月 日 |
| 机构主任审阅意见：□ 同意 □ 不同意 签字： 年 月 日 |

 （双面打印）