临床试验申请审批表

项目名称				
试验类型	Ⅱ期□，Ⅲ期□,Ⅳ期□，器械□，其他□		承担科室	
科室联系人		联系电话		
申办者/CRO				
申办联系人		联系电话		

专业科室评估：

1. 是否能保证招募足够的受试人群： 是□，否□

2. 研究者是否具备足够的试验时间： 是□，否□

3. 是否具备相应的仪器设备和其他技术条件：是□，否□

4. 目前科室承担的与试验药物疾病相同的在研项目：无□，1 项□，2 项□，2 项以上□

5.主要研究者在研科研课题：无□，1 项□，2 项□，3 项□，3 项以上□

6.主要研究者：

评估意见：同意□，不同意□

主要评估者签字：

日期： 年 月 日

机构办公室评估：

1. 临床前研究资料是否齐全：是□，否□

2. 临床科室承担项目的能力：强□，一般□，弱□

3. 申办者对试验过程质量保证的能力：强□，一般□，弱□

评估意见：同意□ 不同意□

机构办秘书签字： 机构办主任签字：

机构主任签字： 日期： 年 月 日