F-JG-ZD-00101

**药物临床试验申请表**

机构受理号： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 试验名称： | | | | | | | | | | | | |
| 药品监督管理部门对试验的许可、备案号 | | |  | | | | 注册证号/专利证号 | | | |  | |
| 注册分类 |  | | | | 临床分期 | | | |  | | | |
| 受试病种 |  | | | | | | | | | | | |
| 申办者 |  | | | | | CRO | | |  | | | |
| 试验材料 | □免费赠送 □优惠价 □正常购买 | | | | | | | | | | | |
| 试验目的 |  | | | | | | | | | | | |
| 牵头单位 |  | | | | | | | | | 负责人 | |  |
| 参加单位 |  | | | | | | | | | 负责人 | |  |
|  | | | | | | | | | 负责人 | |  |
|  | | | | | | | | | 负责人 | |  |
|  | | | | | | | | | 负责人 | |  |
| 项目联系人 | |  | | 联系方式 | | | |  | | | | |
| 项目负责人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 药物临床试验机构办公室意见：  机构办公室主任签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 药物临床试验机构主任意见：  机构主任签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

备注：一式3份（申办者、机构办、研究者文件夹各存1份）。