**中山大学附属第八医院药物临床试验申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 药物临床试验期别 |  | 试验起止日期 |  |
| 申办单位/CRO（签章） |  | | |
| 申办单位/CRO联系人 |  | 联系电话 |  |
| 申请科室 |  | 科室主任 |  |
| 主要研究者（PI） |  |
| 科室意见：  科主任签名： 日期： | | | |
| 机构办公室意见：  办公室主任签名：     日期： | | | |
| 机构意见：            机构主任签名： 日期： | | | |