**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： |