**药物临床试验启动通知**

各相关部门，我院现已承接由 公司申请的 临床试验，预计开始时间 ，请各部门做好相应准备，特此通知。

药物临床试验机构

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | |
| 试验类型 | Ⅱ期□，Ⅲ期□，Ⅳ期□，其他□ | | | | |
| 预计承担例数 |  | | | 承担科室 |  |
| 机构负责人 |  | 联系电话 |  | | |
| 手机 |  | | |
| EMAIL |  | | |
| 专业科室联系人 |  | 联系电话 |  | | |
| 手机 |  | | |
| EMAIL |  | | |
| 申办者**/** CRO名称 |  | | | | |
| 申办者**/** CRO  联系人 |  | 联系电话 |  | | |
| 手机 |  | | |
| EMAIL |  | | |
| 机构办联系人：邓婧 联系电话：13696852618  机构质控员：宋建裕 联系电话：15396125566； 郑涵璟 联系电话：15005010513  抄送： | | | | | |