|  |
| --- |
| 药物临床试验项目启动确认表 |
| 项目名称 |  |
| 申办方/CRO |  |
| CRA姓名 |  | 联系方式 | 　 |
| 专业/科室 | 　 | 主要研究者 |  |
| 计划启动日期 |  |
| 机构质量管理员审查意见 |
| 　　签字： 年 月 日 |
| 机构办公室主任审查意见 |
| 1. 同意项目启动
2. 请与主要研究者和机构办公室秘书确定启动会时间

签字： 年 月 日 |