|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |