**邢台医专第二附属医院药物临床试验申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | | |
| 方案编号 |  | | 版本号 | |  | |
| 申 办 者 |  | | | | | |
| 申办者联系人 |  | | 电 话 | |  | |
| CRO |  | | | | | |
| CRA |  | | 电 话 | |  | |
| 研究目的： | | | | | | |
| 试验药物 | 名 称 |  | | | | |
| 剂 型 |  | | 规 格 | |  |
| 注册分类 |  | | NMPA批件号/  通知书编号 | |  |
| 多中心试验 | □是 □否 若是，请继续填写：  拟参加该试验机构名单：    是否组长单位：□是 □否 若否，请继续填写：  组长单位： ，PI姓名： | | | | | |
| 研究形式 | □Ⅰ期 □Ⅱ期 □Ⅲ期 □Ⅳ期 □上市后再评价  □ 生物等效性试验 □其它（请注明）： | | | | | |
| 试验设计 | □对照 □非对照 □随机 □非随机  □双盲 □单盲 □非盲 □其他： | | | | | |
| 研究对象 | □健康受试者 □病人 □其它（请注明）： | | | | | |
| 申办者/CRO代表  签字（盖章）及日期 |  | | | | | |