附件5：临床试验启动通知

**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，预计试验开始时间是 ，请各部门做好相应准备。

特此通知。

药物临床试验机构办公室

年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | |
| 试验类型 | Ⅱ期、Ⅲ期、IV期、器械、  其他： | | | |
| 预计承担  例数 |  | | 承担科室 |  |
| 机构项目负责人 |  | 联系电话 |  | |
| Email |  | | |
| 手机 |  | | |
| 专业科室联系人 |  | 联系电话 |  | |
| Email |  | | |
| 手机 |  | | |
| 申办者或者  CRO单位名称 |  | | | |
| 申办者联系人 |  | 联系电话 |  | |
| Email |  | | |
| 手机 |  | | |