**临床试验意向登记表**

登记号：（20 ）登记第（ ）号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 试验药物/医疗器械名称 | |  | | | | |
| 临床试验批准号 | |  | | | | |
| 类别 | | 药物：□中药/天然药物 ☑化学药 □生物制品 | | | | 第 类 |
| 医疗器械：类别 | | | | 第 类 |
| 药物类别 | | □中药/天然药物 □化学药 □生物制品 | | | 第 类 | |
| 项目名称 | |  | | | | |
| 试验分期 | | □Ⅱ期 □Ⅲ期 □Ⅳ期 □临床验证 □其他 | | | | |
| 任务  来源 | 申办者 | 名称： | | | | |
| 联系人/联系电话： | | | | |
| CRO | 名称： | | | | |
| 联系人/联系电话： | | | | |
| 研究  团队 | 组长单位： | | 牵头PI： | | | |
| 参研单位数： | | 本中心角色：□负责 □参加 □独立 | | | |
| 本中心承担科室： | | 姓名： | | | |
| 项目  概况 | 研究范围：□国际 □国内 | | 本中心承担例数： | | | |
| 研究计划时间： 年 月 日至 年 月 日 | | | | | |
| 适应症： | | | | | |
| 意向联系人： | | | | 电话： | | |
| 机构办公室接洽人： | | | | 日期： | | |
| 备注： | | | | | | |