**附件2：临床试验启动通知（CTI-Y-C-005-A02-V3.0）**

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，预计开始时间 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□，其他□ | | | | |
| 预计承担例数 |  | | | 承担科室 |  |
| 机构项目  联络人 |  | 联系电话 |  | | |
| EMAIL |  | | | |
| 手机 |  | | | |
| 主要  研究者 |  | 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 |  | | | |
| 抄送：申办者、　　科、检验科、伦理委员会、财务处 | | | | | |