**临床试验项目承接流转件**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | |
| 试验分期 | 期 | 国际多中心□ 国内多中心□ 器械多中心□ | | | |
| 药物分类： | | | 器械分类： | |
| 是否涉及人类遗传资源审批：是□（□采集□保藏□利用□出境□国际合作）否□ | | | | |
| 牵头单位 |  | | | | 牵头人： |
| 申办方 |  | | | | 与本机构既往合作：是□ 否□ |
| 该项目是否全权委托CRO公司进行工作开展：是□ 否□ | | | | |
| 联系人： | | 电话： | | 邮箱： |
| CRO公司 |  | | | | 与本机构既往合作：是□ 否□ |
| 联系人： | | 电话： | | 邮箱 |
| SMO公司 |  | | | | 与本机构既往合作：是□ 否□ |
| 联系人： | | 电话： | | 邮箱 |
| 承接专业 | 科室： | | | 项目负责人： | |
| 专业目前在研项目总数： | | | 同类适应症在研项目数： | |
| 总入组数： | | | 本中心拟入组数： | |
| 联系人： | | 联系电话： | | 邮箱： |
| 承接理由：  项目负责人：  科室主任签字：  年 月 日 | | | | | |
| 机构秘书签字：  年 月 日 | | | | | |
| * 同意承接： * 不同意承接，理由：   机构办公室主任签字：  年 月 日 | | | | | |

填写说明：1、申办方/CRO/SMO公司第一次在本研究机构开展工作请提供公司简介（包含公司资质、人员团队、已完成/在研项目业绩明细等）。2、请尽量将内容调整在一页纸双面打印。