**临床试验项目合同会签单**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称： |  |
| 申办方： |  |
| CRO： |  |
| 项目总经费 | （大写）（￥ 元）（竞争性入组，以实际产生研究费用为准） |
| 委托事项描述 | ××公司（申办方or CRO）委托岳阳市中心医院××专业××教授完成××临床试验，计划入组××例病例 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研究专业  审查意见 | □同意，进入机构审查程序  □不同意，原因： | 专业主要研究者：  年 月 日 |
| 医院法制科审查意见 | □同意，递交机构审批  □不同意，原因： | |  | | --- | | □采用医院研究协议模板/框架协议模板  □未采用协议模板，提交医院法务顾问审查  审查意见 □同意  □不同意 ，原因：  法务审查人员：  年 月 日 | | 法制科负责人：  年 月 日 | |
| 机构办公室  审查意见 | □同意，递交机构审批  □不同意，原因： | 机构办公室秘书：  □同意，  □不同意，原因：  年 月 日 |
| 机构办公室主任：    年 月 日 |
| 机构  审查意见 | □同意，  □不同意，原因： | 法定代表人/授权代表：    年 月 日 |

**临床研究协调服务协议合同会签单**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称： |  |
| 申办方： |  |
| SMO： |  |
| CRC管理费总金额 | （大写）（￥ 元）（竞争性入组，以实际产生研究费用为准） |
| 委托事项描述 | ××公司（申办方or CRO）委托岳阳市中心医院××专业××教授完成××临床试验，计划入组××例病例 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研究专业  审查意见 | □同意，进入机构审查程序  □不同意，原因： | 专业主要研究者：  年 月 日 |
| 医院法制科审查意见 | □同意，递交机构审批  □不同意，原因： | |  | | --- | | □采用医院研究协议模板/框架协议模板  □未采用协议模板，提交医院法务顾问审查  审查意见 □同意  □不同意 ，原因：  法务审查人员：  年 月 日 | | 法制科负责人：  年 月 日 | |
| 机构办公室  审查意见 | □同意，递交机构审批  □不同意，原因： | 机构办公室秘书：  □同意，  □不同意，原因：  年 月 日 |
| 机构办公室主任：    年 月 日 |
| 机构  审查意见 | □同意，  □不同意，原因： | 法定代表人/授权代表：    年 月 日 |