

中国医院协会药物临床试验机构备案管理评估申请表

填表日期： 年 月 日

评估单位名称						
评估单位基本情况	经营性质		医疗机构类型		法定代表人	
	专业总数		已认定专业数		I 期研究室	☐ 有 ☐ 无
	联系人		电话		邮箱	
评估内容	☐ 1. 机构（机构办公室、辅助科室等） ☐ 2. 伦理委员会 ☐ 3. 专业科室： ☐ 4. PI 和研究团队： _____ ☐ 5. 试验药物管理 ☐ 6. I 期研究室 ☐ 7. 其他： _____					
希望评估时间						
评估单位意见： 以上所填内容的真实、准确，我单位现申请开展中国医院协会药物临床试验机构备案管理评估工作。 评估单位负责人签字： 年 月 日（盖章）						
以下内容由中国医院协会填写						
中国医院协会意见： 中国医院协会负责人签字： 年 月 日						