**药物临床试验结束通知**

各相关部门：

我院所承担的由 公司申请的 ，现已全部完成，完成日期： 。

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 | Ⅰ期□，Ⅱ期□，Ⅲ期□，Ⅳ期□，其他□  |
| 完成例数 |  | 承担专业 |  |
| 机构联系人 |  | 联系电话 |  |
| 专业联系人 |  | 联系电话 |  |
| 申办者 |  |
| CRO |  |
| 项目经理 |  | 联系电话 |  |
| CRA |  | 联系电话 |  |
| CRC |  | 联系电话 |  |
| 抄送：申办方、伦理委员会、项目涉及的辅助科室 |