**药物临床试验结束申请**

尊敬的新乡市中心医院药物临床试验试验机构/伦理委员会：

由 公司申办的 （项目名称）已顺利完成。试验完成的总体情况如下

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 筛选 | 筛选失败 | 入组 | 完成 | 脱落 | 严重不良事件 |
| 例数 |  |  |  |  |  |  |

第一例受试者筛选时间：20××-×-×

最后一例受试者入组时间：20××-×-×

最后一例受试者结束时间：20××-×-×

致礼

 研究者姓名： ×××

 签 名：

 年月日 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**回 执**

 已经收到药物临床试结束的申请。

 接收人签名：

 年 月 日