**药物/医疗器械临床试验项目科室启动会通知函**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 承担专业 |  | 主要研究者 |  |
| 会议日期 |  | 时间（时：分） |  |
| 会议地点 |  | | |
| 申办者/CRO  联系人 |  | 联系电话 |  |
| 汇报形式 |  | 是否填写  项目启动会信息表 |  |
| 会议议程及主要内容 | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

**备注：**请申办方/CRO与PI确定会议事宜后，于会前3-5个工作递交至机构办公室或发送机构邮箱ncgcp2012@163.com。机构办电话：0791-88867513 **。**

|  |
| --- |
| 回执 |
| 机构办公室已获知 试验项目启动会相关事宜，符合项目启动要求，请积极准备。  南昌市第一医院药物临床试验机构  日期： |