**临床试验重启申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 试验名称： | |  | | |
| 立项号： | |  | | |
| 申办者： | |  | | |
| CRO(如有)： | |  | | |
| 主要研究者： | |  | 联系电话： |  |
| 内容：   1. 问题整改情况 2. 重启条件满足情况 3. 可附附件 | | | | |
| 主要研究者签名： |  | | 报告日期： |  |
| 机构办公室意见：  机构办公室主任签字：  日 期：  机构主任签字：  日 期： | | | | |