# **机构递交信**

池州市人民医院药物临床试验机构：

现有由 公司申办的临床试验：

研究方案名称：

临床试验拟在本院 专业开展，主要研究者 。本研究组长单位为 ，现提交以下研究文件请机构审核。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 文件名称 | 版本号/版本日期 | 备注 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

主要研究者： 日期：

回 执

池州市人民医院药物临床试验机构已收到上述材料。

接收人： 日期 ：