**IIT项目启动会通知及确认函**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称/立项号 |  | | | | |
| 承担科室 |  | | 主要研究者 |  | |
| 会议日期 |  | | 时间（时：分） |  | |
| 会议地点 |  | | | | |
| **启动需确认的内容** | | | | | |
| 确认内容 | | 确认结果 | | | 确认签字 |
| IIT项目办公室批准立项日期 | | 立项日期： | | |  |
| 伦理批件号/批准日期 | | 批准日期： 批件号： | | |  |
| 完成《医学研究登记备案信息系统》备案  （以我院为发起单位项目） | | 备案日期**：** 备案号： | | |  |
| 在“ClinicalTrials.gov/中国临床试验注册中心”等平台申请登记备案，如注册请填： | | 备案日期**：** 登记号： | | |  |
| 人类遗传办批件，如适用请确认： | | 批准日期： 审批号： | | |  |
| 项目合同签署时间，如适用请确认： | | 签署日期： | | |  |
| 启动首笔款到帐，如适用请确认： | | 到帐日期： | | |  |
| 研究资料准备情况（包括启动相关文件） | |  | | |  |
| 研究药物准备情况，如适用请确认： | | 🞎 中心管理 🞎 科室管理 🞎 其他 | | |  |
| **启动会拟讨论主要内容** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

**备注：**请确定启动会议事宜后，于会前3-5个工作交至IIT项目管理办公室（0791-88695051）。

|  |
| --- |
| **回 执** |
| IIT项目管理办公室已获知 （请如实填写项目名称，不得空白） 试验项目启动会相事宜，符合项目启动要求，请积极准备。  IIT项目管理办公室接收人： 日 期： |