附件1：研究者发起的临床研究申请表

**研究者发起的临床研究申请表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 方案名称： | | | | | | | |
| 本院PI |  | | 科室 |  | | | |
| 研究种类 | 干预性研究 诊断性研究 观察性研究 | | | | | | |
| 适应症范围内 增加适应症研究 其他 | | | | | | |
| 研究资助类型 | 获全额资助 获部分资助，资助方：  无资助，请提供“无资助申明” | | | | | | |
| 研究参与者补偿责任 | 研究者和医院 资助方 | | | | | | |
| 牵头单位 |  | | | | | PI |  |
| 参加单位 |  | | | | | PI |  |
|  | | | | | PI |  |
|  | | | | | PI |  |
| 项目联系人 |  | 联系方式 | | |  | | |
| PI声明 | 本项目是以不损害研究参与者权益为前提，探索病因、预防、诊断、治疗、预后及康复等的优良、科学临床研究，并且不接受有可能影响研究参与者安全和公平竞争原则的资助。本项目严格按照我院《研究者发起的临床研究运行管理制度和流程》的规定进行管理。    PI签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 科室意见 | 对风险高或经费大的跨院校/科室临床研究，应得到科室主任签字同意。  同意承接  不同意承接  科室主任签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 机构办意见 | 同意承接  不同意承接  机构办主任签名（或盖章）：  年 月 日 | | | | | | |