**尊敬的广州医科大学附属妇女儿童医疗中心药物/医疗器械临床试验机构：**

由 公司申办的： （项目名称）在本院××科室已顺利完成，方案编号： 。

试验完成的总体情况如下：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 筛选 | 筛选失败 | 入组 | 完成 | 脱落 | 严重不良事件 |
| 例数（例） | × | × | × | × | × | × |

第一例受试者筛选时间：20××-×-×

最后一例受试者入组时间：20××-×-×

最后一例受试者结束时间：20××-×-×

研究者姓名： ×××

签 名：

日 期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**回 执**

广州医科大学附属妇女儿童医疗中心药物/医疗器械临床试验机构已经收到关闭临床试验中心的书面通知。

接收人签名：

日 期：