附件1

江西省药物临床试验机构备案情况表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **备 案 号** |  | | |
| **备案日期** |  | | |
| **备案专业** |  | | |
| **备案类型** | □新机构 □新增专业 □地址变更 | | |
| **机构名称** |  | | |
| **机构地址** |  | | |
| **机构性质** |  | **机构级别** |  |
| **机构负责人** |  | **联系电话** |  |
| **机构办负责人** |  | **联系电话** |  |
| **备案情况简介:** | | | |
| **本机构承诺所提交的全部备案材料真实有效，并承担因失实引发的一切法律责任。同时，保证按照法律法规的要求开展药物临床试验。**  法定代表人（签字）：  （盖章）  年 月 日 | | | |