**湖南省人民医院（湖南师范大学附属第一医院）**

**临床研究结题审签意见表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** |  | | | | |
| **机构立项号** |  | | **方案编号** |  | |
| **科室** |  | | **主要研究者** |  | |
| **审查项目** | **审 查 内 容** | | **经办人签名** | **日 期** | **备 注** |
| **药品、设备、试剂、耗材管理** | （勾选）药物/器械/试剂/耗材：已清点，  （勾选）返回申办者/销毁 □是 □否 | |  |  |  |
| **受试者补偿、赔偿费** | 受试者补偿/赔偿费已发放完毕 □是 □否 | |  |  |  |
| **质控** | 项目组质控：已对该项目进行了核查，所有问题发现已解决 □是 □否 | |  |  |  |
| **资料管理** | 按照归档要求将所有研究文件整理归档  □是 □否，资料类型 □纸质 □电子 | |  |  | 保存地点： |
| **财务管理** | 项目组：研究费用已按实际完成支付 □是 □否 | |  |  |  |
| 临管办：尾款结算单已递交 □是 □否 | |  |  |  |
| **伦理意见** | 是否完成结题审查 □是 □否 | |  |  | 伦理审查意见号： |
| **稽查/自查** | 已完成合作方/第三方稽查或者自查（列出稽查问题、整改措施）是□ 否□ NA□ | | | | |
| **主要研究者** | | 签字/日期 | | | |
| **临床研究管理办公室**  **负责人** | | 签字/日期 | | | |