**关闭中心函**

甘肃省妇幼保健院（甘肃省中心医院）临床试验机构：

甘肃省妇幼保健院（甘肃省中心医院）临床试验伦理委员会：

（此处填写申办者全称。如合同不是申办者，请注明合同方）公司在甘肃省妇幼保健院（甘肃省中心医院）开展的（此处填写项目方案名和项目编号）项目，已在贵机构（此处填写项目承接专业科室）专业顺利完成。本研究在贵中心共筛选了（此处填写研究参与者例数）例研究参与者，入组（此处填写入组例数）例，退出（此处填写退出例数）例，剔除（此处填写剔除例数）例，脱落（此处填写脱落例数）例，完成（此处填写完成例数）例，研究期间在贵中心发生严重不良事件（此处填写发生严重不良事件例数）例，与药物相关 （此处填写药物引发严重不良事件例数）例（上述数据请按照试验实际情况填写）。目前研究参与者已经全部完成随访并结束试验。经与贵专业该项目 PI 协商，同意项目结题。

附件：结题报告

申办者签字（盖章）

日期：

主要研究者（PI）：

日期：

|  |
| --- |
| 关闭中心函已收到，准许关闭中心。  甘肃省妇幼保健院（甘肃省中心医院）GCP机构办公室  接收人：  质量负责人：  日期： |
| 关闭中心函已收到并予以备案。  甘肃省妇幼保健院（甘肃省中心医院）临床试验伦理委员会  日期： |