附件3：

**苏州市临床能力提升计划项目中期评估表**

|  |
| --- |
| **一、项目基本情况** |
| 项目名称 |  |
| 项目编号 |  | 组织机构代码 |  |
| 承担单位 |  |
| 单位地址 |  |
| 单位负责人 |  | 手机 |  |
| 项目联系人 |  | 手机 |  |
| **二、项目经费到位及使用情况（单位：万元）** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 项目新增投入 | 其中 |
| 苏州市科技局拨款 | 主管部门配套 | 单位自筹 | 其他（含贷款等） |
| 预算总额 |  |  | 　 |  |  |
| 第一年到位数 |  |  |  |  |  |
| 第二年到位数 |  |  | 　 |  | 　 |
| 第三年到位数 |  | 　 |  |  |  |
| 合计已到位数 |  |  |  |  |  |
| 已到位经费使用情况（单位：万元） |
| 人员费 | 设备费 | 材料费 | 化验加工试验费 | 燃料动力费 | 差旅费 | 会议费 | 管理费 | 其他费用 | 合计 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **三、项目合同指标完成情况** |
| 1.开展临床试验例数 例；其中完成本地企业临床试验例数 例。2.合同中其他指标完成情况**附件：**1.药物临床试验机构资格证明（备案号）2.临床试验认定机构与企业签定的合作协议3.开展临床试验项目清单4.伦理委员会审核材料5.临床试验开展佐证材料（包括筛选入组表、给药记录表、入组知情同意书签字页等） |
| **四、主管部门意见** |
| 主管部门意见：该项目申报材料真实、完整，同意推荐其申请中期评估。 盖章： 日期：2021年 月 日 |