附件3

安徽省药品监督管理局

暂停临床试验解除通知书

皖药监 临 停解〔 年份 〕 顺序 号

XXX单位 ：

本局于 XXXX 年 XX 月 XX 日发出《临床试验机构监督检查处理意见书》（XXX号），通知你单位药物/医疗器械临床试验机构（备案号XXX）对XXX中存在的问题进行整改，暂停新开展药物/医疗器械临床试验项目（暂停范围：XXX）。经XXX，我局认为你单位已完成整改，现决定解除你单位暂停新开展药物/医疗器械临床试验的措施。

安徽省药品监督管理局

（印章）

XXXX年XX月XX日

本文书一式 份， 份送达，一份抄送 ，一份归档。