

## 医疗器械临床试验立项申请表

<b>项目名称</b>					
<b>临床试验批件号</b>				<b>试验器械类别</b>	
<b>试验起止日期</b>				<b>计划例数</b>	
<b>专业科室名称</b>				<b>主要研究者</b>	
<b>研究团队</b>	<b>姓名</b>	<b>在项目中承担的工作</b>		<b>姓名</b>	<b>在项目中承担的工作</b>
<b>科室是否有正在开展的同类医疗器械临床试验项目？</b> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
<b>申办者</b>	<b>单位名称</b>				
	<b>联系人</b>			<b>电话/Email</b>	
<b>CRO</b>	<b>单位名称</b>				
	<b>联系人</b>			<b>电话/Email</b>	
<b>试验用 医疗器械</b>	<b>名称</b>	<b>规格/型号</b>	<b>批号</b>	<b>有效期</b>	<b>供应方式</b>
<b>对照 医疗器械</b>	<b>名称</b>	<b>规格/型号</b>	<b>批号</b>	<b>有效期</b>	<b>供应方式</b>
<b>研究科室意见：</b> <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意  <div style="text-align: right;"> <b>科主任(或主要研究者)签字</b>  <b>日期</b> </div>					
<b>机构办公室意见：</b> <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意  <div style="text-align: right;"> <b>主任签字</b>  <b>日期</b> </div>					