附件2

**医疗器械临床试验立项申请表**

机构受理号： 填表时间： 年 月 日

|  |
| --- |
| 项目名称： |
| CFDA临床试验批件号（如为第三类） |   | 类别 | * 第二类
* 第三类
 |
| 受试病种 |  |
| 申办者 |  |
| 试验材料 | □免费赠送 □优惠价 □正常购买 |
| 牵头单位 |  | PI |  |
| 参加单位 |  | PI |  |
|  | PI |  |
|  | PI |  |
|  | PI |  |
|  | PI |  |
|  | PI |  |
| 申办单位联系人 | 监查员： | 联系方式 | 电话、邮箱： |
| CRC： | 电话、邮箱： |