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： | | | |