医疗器械临床试验立项申请表

机构受理号： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称/编号 |  | | | | |
| 方案名称/版本号 |  | | | | |
| 医疗器械名称及分类分类 | □ 医疗器械名称：  类别：□第二类  □第三类  NMPA批件号（Ⅲ类高风险）： | | | | |
| 研究范围 | □国际多中心  □国内多中心  □单中心 | 我院参研形式 | □组长 □独立  □参加 | | |
| 组长单位及PI |  | | | | |
| 预计本机构完成病例数 |  | 计划起止日期 | | — | |
| 申办者 |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| CRO |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 中心实验室 |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| SMO |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| CRA |  | 联系电话 |  | | |
| CRC |  | 联系电话 |  | | |
| 承担试验科室 |  | 主要研究者 |  | 联系电话 |  |
| 临床试验目的 |  | | | | |
| 有关本研究情况说明：  日期： 年 月 日 | | | | | |
| 主要研究者声明：我已熟悉本项目试验方案及相关文件。我将根据《医疗器械临床试验质量管理规范》等相关规定，认真履行研究者职责和遵从试验方案的要求开展临床试验，并同意承担本试验。  主要研究者（签字）： 日期： 年 月 日 | | | | | |
| 办公室形式审查意见：  审核人（签名）： 日期： 年 月 日 | | | | | |
| 机构意见：  机构主任（签字）： 日期： 年 月 日 | | | | | |