**武汉市第三医院**

**医疗器械临床试验项目申请书**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **试验项目名称** |  | | | | |
| **试验类型** | □IIT类 □注册类（如勾选此项，请填写下列器械类别） | | | | |
| **医疗器械类别（如有）** | □境内II类 □境内III类 □进口II类 □进口III类 | | **诊断试剂（如有）** | | □II类 □III类 |
| **拟申请入组例数** | 例（共 例） | **预计研究起止时间** | |  | |
| **申办方及联系方式** |  | | | | |
| **CRO（如适用）** |  | | | | |
| **CRA联系方式** |  | **CRC及联系方式** | |  | |
| **组长单位及专业组** |  | **主要研究者** | |  | |
| **本中心专业组** |  | **主要研究者** | |  | |
| **主要研究者签字：** | **年 月 日** | **机构递交人签字：** | | **年 月 日** | |
| **构办秘书形式审查：**  机构办公室对您申报的临床试验项目资料及资质进行了初审并登记备案。  机构秘书签字：  年 月 日 | | **机构办公室主任审查：**  机构办公室主任签字：  年 月 日 | | | |

|  |
| --- |
|  |