医疗器械临床试验备案表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科室（专业） |  | 负责人 |  |
| 试验器械名称 |  | | |
| 器械类别 |  | SFDA指定机构检测合格报告编号 |  |
| 器械型号、规格 |  |
| 主管省（市）局/受理部门 |  | 受理号 |  |
| 试验项目名称 |  | | |
|
| 申办单位 |  | 联系人/电话 |  |
|
| 试验单位情况 | | | |
| 研究分工 | 单位名称 | 负责人/电话 | 承担病例数 |
| 组长单位 |  |  |  |
| 参加单位 |  |  |  |
| 参加单位 |  |  |  |
| 参加单位 |  |  |  |
| 参加单位 |  |  |  |
| 计划总例数 |  | | |
| 计划完成时间 |  | | |
| 申办单位提交备案资料经办人签字： | | 日期 |  |