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 |  |