附件2

JG-ZD-008(F)-002-02非注册类临床试验申请表

受理号：填表日期： 年 月 日

|  |
| --- |
| 试验名称： |
| 试验种类 | □药品 □医疗器械□体外诊断试剂 □其它：（请说明） |
| 受试病种 |  |
| 申办/资助单位 |  |
| 试验材料 | □免费赠送 □其他（请注明） |
| 临床试验目的 |  |
| 组长单位 |  | 负责人 |  |
| 参加单位 |  | 负责人 |  |
|  | 负责人 |  |
|  | 负责人 |  |
|  | 负责人 |  |
| 项目联系人 |  | 联系方式 |  |
| 申办/资助单位联系人 |  | 联系方式 |  |
| 该项目已在药物临床试验机构立项登记。药物临床试验机构（盖章） 年 月 日  |

一式叁份