编号：

# 干细胞临床研究项目备案申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【基本信息】 | | | | | |
| 机构名称 |  | | | | |
| 项目名称 |  | | | | |
| 适应症 |  | | 专业领域 |  | |
| 项目来源 | □973计划 □863计划□国家自然科学基金  □国家自然科学基金重大项目□国家科技重大专项  □国家重点研发计划□技术创新引导计划  □国家重大科学研究计划□国家科技支撑计划  □政策引导类科技计划及专项 □国际科技合作  □创新人才推进计划□省部级重大干细胞专项  □其它 | | | | |
| 经费来源 |  | | | 经费金额 | 万元 |
| 计划起始时间 | 年 月 | 计划结束时间 | 年 月 | 计划时长 | 个月 |
| 干细胞制剂制备形式 | | □独立  □合作 合作单位名称： | | | |
| 研究内容摘要（400字以内） | | | | | |
| 项目负责人 |  | 职务职称 |  | 手机 |  |
| 办公电话（含区号及分机号） |  | 邮箱 |  | | |
| 业务专长 |  | | | | |
| 干细胞制剂质量受权人 |  | 职务职称 |  | 手机 |  |
| 办公电话（含区号及分机号） |  | 邮箱 |  | | |
| 业务专长 |  | | | | |
| 联系人 |  | 部门 |  | 职务职称 |  |
| 办公电话（含区号及分机号） |  | 手机 |  | 传真 |  |
| 邮箱 |  | | | | |
| 【干细胞来源情况】 | | | | | |
| 干细胞供者 | □自体□异体□其它 | | | | |
| 干细胞组织来源 | □骨髓 □外周血 □脐带血 □脐带 □脂肪  □胎盘 □胚胎 □牙髓 □其它 | | | | |
| 【干细胞制剂情况】 | | | | | |
| 干细胞类型 | □造血干细胞 □间充质干细胞□神经干细胞  □脂肪干细胞□胚胎干细胞□其它 | | | | |
| 规格 |  | 用法用量 |  | | |
| 【干细胞制剂制备单位】 | | | | | |
| 单位名称 |  | | | | |
| 性质 | □医疗机构 □生产企业□研发机构 □其它 | | | | |
| 组织机构代码 |  |  |  |  |  |
| 注册地址 |  |  |  |  |  |
| 生产地址 |  |  |  |  |  |
| 法定代表人 |  | 职务职称 |  | 手机 |  |
| 办公电话（含区号及分机号） |  | 邮箱 |  | | |
| 联系人 |  | 部门 |  | 职务职称 |  |
| 办公电话（含区号及分机号） |  | 手机 |  | 传真 |  |
| 邮箱 |  | | | | |
| 【申请单位审核意见】  申请单位：（加盖公章）  法定代表人签字：  申请日期： 年 月 日 | | | | | |