编号：

# 干细胞临床研究机构备案申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【**声明**】  我们保证：申请表内容及所提交资料均真实、合法，提交的电子文件与打印文件内容完全一致。如有不实之处，我们承担由此导致的一切后果。  其他特别声明事项： | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | |  | | | | | | | | | |
| 法定地址及邮编 | |  | | | | | | | | | |
| 执业地址及邮编 | |  | | | | | | | | | |
| 是否教学医院 | | □否□是隶属机构 | | | | | | | | | |
| 医院等级 | |  | 编制床位数 | | |  | | 法定代表人 | | |  |
| 机构负责人 | |  | | 职务职称 | |  | | 手机 | |  | |
| 办公电话（含区号及分机号） | |  | | | | 邮箱 | |  | | | |
| 临床研究组织管理机构负责人 | |  | | 职务职称 | |  | | 手机 | |  | |
| 办公电话（含区号及分机号） | |  | | | | 邮箱 | |  | | | |
| 业务专长 | |  | | | | | | | | | |
| 申报联系人 | |  | | | 部门 | |  | | 职务职称 |  | |
| 办公电话（含区号及分机号） | |  | | | 手机 | |  | | 传真 |  | |
| 邮箱 | |  | | | | | | | | | |
| 《药物临床试验机构资格认定证书》的专业情况 | | | | | | | | | | | |
| 专业名称 | 有效期（年、月） | | | | | | | | 负责人 | | |
|  |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | |  | | |
| 近3年开展的药物临床试验情况 | | | | | | | | | | | |
| 临床试验名称 | 起止日期 | | | | | | | | 试验例数 | | |
|  |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | |  | | |
| 本次申请为 | □首次申请 □再次申请 | | | | | | | | | | |
| 【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 | | | | | | | | | | | |