SDZY-JG-QX-ZD-00001附件3：

**医疗器械临床试验项目稽查预约申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** |  | | | | | | |
| **申办者** |  | | | | | | |
| **CRO（若有）** |  | | | | | | |
| **参研科室** |  | | | | | | |
| **PI** |  | | | | **Sub-I** | |  |
| **预约稽**  **查日期** |  | | | | | | |
| **预约稽**  **查地点** | □机构办 □科室 □其他溯源地：\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **稽查人员** | **1** | **姓名** |  | **身份证号** | |  | |
| **2** | **姓名** |  | **身份证号** | |  | |
| **3** | **姓名** |  | **身份证号** | |  | |
| **稽查人员所属公司** |  | | | | | | |
| **PI意见** | □同意 □不同意 签字： 日期： 年 月 日 | | | | | | |
| **机构办**  **意见** | □同意 □不同意 签字： 日期： 年 月 日 | | | | | | |
| **附件** | 稽查函/委托函/稽查员资质证明（履历、GCP证书、身份证副本、学历学位证副本等）  机构办项目管理员确认签字：  年 月 日 | | | | | | |