

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