**臺中榮民總醫院 臨床試驗中心**

**未上市醫療器材試驗基本資料表**

\*表單說明：根據新約文件/臨床試驗案基本資料表/試驗類別/若勾選選項為「醫療器材」且為未上市，煩請送案廠商填寫此表單，於新約送本院用印時一併提供，以利本中心資料登錄。

1. **\*計畫資訊：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IRB編號： |  | 計畫編號： |  |
| 計畫名稱： | 中: |
| 英: |
| 合約期間： | 　 　年　 　月　 　日至　 　年　 　月　 　日 |
| 保管類別: | □由廠商保管(請填\*) □由PI保管(請填1~5) |

1. **醫療器材資訊：**

|  |  |
| --- | --- |
| 品名\* | 中: |
| 英: |
| 廠牌名稱\* |  | 數量\* |  |
| 型號\* |  |
| 規格\* |  |
| 使用用途\* |  |
| 使用單位\* |  | 保管單位 |  |
| 保存地點\* |  |
| 保管(使用)期間 | 　 　年　 　月　 　日至　 　年　 　月　 　日(請勿超過合約執行期間） |

1. **\*醫療器材照片：（請提供醫療器材實體照片）**

|  |
| --- |
|  |

1. **\*廠商聯絡資訊：**(提供器材廠商)

|  |  |
| --- | --- |
| 廠商名稱： |  |
| 保管人： |  | 職稱： |  |
| 電話 | (O) : | 手機: |  |
| 電子信箱： |  |
| 聯絡人： |  | 職稱： |  |
| 電話 | (O) : | 手機: |  |
| 電子信箱： |  |

1. **研究團隊聯絡資訊：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 計畫主持人PI(務必填寫) | 姓名 |  | 單位 |  |
| 職稱 |  | E-mail |  |
| 電話 | (O) : | 手機: |  |
| 保管人(務必填寫) | 姓名 |  | 單位 |  |
| 職稱 |  | E-mail |  |
| 電話 | (O) : | 手機: |  |
| 研究人員 | 姓名 |  | 單位 |  |
| 職稱 |  | E-mail |  |
| 電話 | (O) : | 手機: |  |