**递交函**

尊敬的深圳市第三人民医院药物/医疗器械临床试验机构办公室：

现有申办者\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_在我院\_\_\_\_\_\_\_科（PI： ）开展的一项 □药物 □医疗器械 □体外诊断试剂临床试验，项目名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，机构受理号 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。现递交相关文件，申请 □立项审核 □资料备案 □结题审核 □其他。

附文件清单（注明版本号和版本日期）：

1．

2．

….

 主要研究者：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 递交者： 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

以上资料已收到 。

药物/医疗器械临床试验机构办公室

接收人： 日期：