# 特殊医学用途配方食品临床试验信息简表

试验编号：（*机构填写*）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 试验项目名称 |  | | |
| 试验用产品  名称(中文) |  | 试验用产品  名称(英文) |  |
| 产品类别 | □进口特殊医学用途配方食品 □非进口特殊医学用途配方食品 | | |
| 适应证 |  | | |
| 分类 | □全营养配方食品 □特定全营养配方食品 □非全营养配方食品□其他： | | |
| 所属专业/PI |  | 试验例数  (总例数/本中心例数) |  |
| 申办方 |  | | |
| 试验计划起止日期 | 年 月 日至 年 月 日 | | |
| 申办方联系人 |  | 联系电话 |  |
| CRO公司（如适用） |  | | |
| 项目经理 |  | 联系电话 |  |
| 邮箱 |  |
| 监查员 |  | 联系电话 |  |
| 邮箱 |  |
| 组长单位 |  | 组长单位  主要研究者 |  |

填表人： *（CRA签字）* 填表日期：*（CRA签署日期）*