



行政院衛生署藥政處配合查驗登記所需執行 之醫療器材臨床試驗案收件通知表

一、送件廠商自填部分：

☐新案申請 ☐計畫變更

※請先行勾選案件類別

申請者：	
計畫名稱：	(無則免填)
計畫編號：	(無則免填)
醫療器材名稱：	(無則免填)
承辦人：	E-mail:
聯絡電話：	傳真：
備註：請務必確認填寫資料無誤後方可送件，以免自身權益受損。	
申請人蓋章 Signature of Applicant：	

二、醫藥品查驗中心簽收部分：

- 貴公司於____年____月____日(____字第____號函)申請之案件，本中心已於____年____月____日收件。
- 查驗中心收件章：

- 查驗中心承辦人：_____

聯絡電話：(02) 23224567 分機_____ 傳真：(02) 23222468

- 本案審查流程與臨床試驗審議委員會會議時間請自行至：醫藥品查驗中心網站 (<http://www.cde.org.tw>) 查詢。

三、藥政處：

- 收文案號：_____ 2.承辦人：_____
- 聯絡電話：(02) 23210151 分機_____ 傳真：(02) 23971548
- 藥政處收文戳章：