**医疗器械临床试验研究人员变更申请**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |  |
| **伦理审查批件日期** |  | **主要研究者** |  |
| **原研究人员** |  |
| **变更后研究人员** |  |
| **变更原因** |  |
| **新增研究人员资质** | **姓名** |  |  |  |
| **学历** |  |  |  |
| **职称** |  |  |  |
| **GCP培训情况** |  |  |  |
| **参加临床试验情况** |  |  |  |
| **申请人** |  | **申请日期** |  |
| **申办方意见** | 签字：日期**：** |
| **伦理委员会意见** | 签字：日期**：** |
| **机构办公室意见** | 签字：日期**：** |