**附件1**

**体外诊断技术临床试验实验室评估申请表**

**一、实验室基本情况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报单位名称 |  | 法定代表人 |  |
| 组织机构代码 |  | 医院等级 |  |
| 实验室负责人 |  | 实验室联系人 |  |
| 联系电话 |  | 联系手机 |  |
| 电子邮箱 |  | 实验室面积 |  平方米 |
| 是否有生物安全二级及以上实验室 |  | 是否有临床基因扩增实验室 |  |
| 常规开展结核相关检测项目 |  |
| 是否为药物临床试验基地（GCP） |  |
| 人员总数 |  | 高级 |  | 中级 |  |
| 初级 |  | 博士 |  |
| 专职 |  | 兼职 |  |
| 年结核门诊人次（2017年） |  | 年结核住院人次（2017年） |  |

**二、相关评估工作开展情况**

1. 简要叙述先前参与临床诊断技术临床评估工作（注明评估产品、评估时间，限300字）

2. 本实验室在本次申报中的优势（限300字）

**三、申报实验室负责人承诺**

本人承诺符合各项申报条件。本表各项内容真实、数据准确，如果申报成功，将按照计划认真开展相关结核病新诊断技术的评估工作并按时向北京市结核病诊疗技术创新联盟报送有关材料。若填报失实，本人将承担全部责任。

 实验室负责人签名：

 日 期：