HCH/IEC AF/SQ-01/03.0

杭州市肿瘤医院伦理初审申请表（临床科研课题）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申请日期： | 伦理委员会受理编号： | |
| 研究方案名称/版本号： | | |
| A研究相关信息 | | |
| 主要研究者（申办者）姓名： | | |
| 主要研究者单位/联系电话： 传真： 电邮： | | |
| 主要研究者指定联系人姓名： 电话： 电邮： | | |
| 本中心招募受试者人数/研究总人数：  多中心试验: □是 □否 | | |
| 预期试验期限： | | |
| 研究任务来源 | □学位课题研究 (□硕士 □博士/博士后）  □国家级科研项目 (项目来源： 编号： )  □省部级科研项目（项目来源： 编号： )  □其他级别科研项目（项目来源： 编号： )  □院外横向课题 （合作企业名称： )  □自主研究 (□新技术 □新疗法） | |
| 研究经费来源 | □国家或省市级科研基金 □合作企业 □自筹 | |
| B简要描述研究目的、方法 | | |
| C主要研究者签名：  日 期： | | 填表人签名：  日 期： |
| D科研主管部门审查意见    签 名：  日 期： | | |