HCH/IEC AF/SQ-03/03.0

杭州市肿瘤医院伦理审查复审申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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： | | | | | |
| 伦理委员会审查意见： | | | | | |
| 审查意见下发日期： | | | | | |
| B复审申请内容 | | □完全按伦理审查意见修改  □参考伦理审查意见修改部分内容（选此项，附研究者的说明材料并有研究者签字）  □不同意伦理委员会的审查意见（选此项，附研究者的说明材料并有研究者签字） | | | |
| **修正内容摘要（页面不够，可附页）** | | | | | |
| 页数 | 原版本号（ ）及内容 | | 新版本号（ ）及内容 | | 伦理委员会意见 |
| 1 | 填写修改前的内容 | | 填写修改后的内容 | | 初审的意见 |
| 2 |  | |  | | 可自行添加表格长度 |
| C主要研究者签名：  日 期： | | | | 填表人签名：  日 期： | |
| **主任委员审查（以下内容由主任委员填写）** | | | | | |
| 建议审查方式：□会议审查 □快速审查 | | | | | |
| 主任委员签名： 日期： | | | | | |