HCH/IEC AF/SQ-02/03.0

杭州市肿瘤医院新技术新项目伦理审查申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 申请日期： | 伦理委员会受理编号： |
| 拟开展新技术/新项目名称： |
| A项目相关信息 |
| 项目负责人（申办者）姓名： |
| 项目负责人联系电话： 传真： 电邮： |
| 项目负责人指定联系人姓名： 电话： 电邮： |
| 新技术/新项目类型 | □限制使用技术（高难、高新技术） □一般诊疗技术□体外诊断试剂 |
| B拟开展新技术/新项目情况介绍（包括项目概况、目的、意义；该项目在国内外其他医疗机构应用情况；我院开展该项目具备的条件，包括人员资质、设施设备及其他辅助条件；可能存在的风险及预案等） |
| C项目负责人签名：日 期： | 填表人签名：日 期： |
| D医务科审查意见 签 名： 日 期： |