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： | | |