**四平市中心人民医院药物/器械临床试验伦理委员会**

**复审申请**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项 目 | |  | | | | |
| 申办单位 | |  | | | | |
| 主要研究者 | |  | | 专业（科室） | |  |
| **一、修正情况** | | | | | | |
| ·完全按伦理审查意见修改的部分 | | | | | | |
| ·参考伦理审查意见修改的部分 | | | | | | |
| ·没有修改，对伦理审查意见的说明 | | | | | | |
| **二、主要研究者责任声明**  保证上述填报内容真实、准确；若填报失实，本人将承担全部责任。 | | | | | | |
| 申请人签字 |  | | 日期 | |  | |
| **伦理委员会形式审查：**   * 送审资料不齐全，补充/修改送审资料后递交。具体如下： * 送审资料齐全，同意受理，受理审查方式：口会议审查 口快速审查 口紧急会议审查   受理人签字： 日期： | | | | | | |

**注意事项：请认真阅读并按要求提交文件**

* 1. 电子版资料应提前发到伦理委员会邮箱spszxyyllwyh@163.com