**大连医科大学附属第二医院伦理委员会**

**药物/医疗器械临床试验伦理审查推荐表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申办者： | |
| 药物/医疗器械分类 | 药物：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  医疗器械：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 项目名称：  方案版本号、版本日期：  知情同意书版本号、版本日期： | |
| 申请事宜： | |
| 申请科室：  主要负责人（签字）：  日期（签字）： | |
| 药物临床试验机构办公室意见：  签字：  日期（签字）： | |
| 备注： | |