**大连医科大学附属第二医院伦理委员会**

**复审申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目编号 | |  | | | |
| 项目名称 | |  | | | |
| 申办者/项目来源 | |  | | | |
| CRO公司 | |  | | | |
| 主要研究者 | |  | 专业科室 | |  |
| 试验方案版本号 | |  | 版本日期 | |  |
| 知情同意书版本号 | |  | 版本日期 | |  |
| 伦理审查意见号 | |  | 审批日期 | |  |
| 1. 对伦理审查意见的要求没有异议（此处可添加） | | | | | |
| 伦理审查的要求修正的文件和内容： | | | | | |
| 修正的情况： | | | | | |
| 1. 对伦理审查意见的要求有不同意见（此处可添加） | | | | | |
| 伦理审查的意见： | | | | | |
| 不同的意见： | | | | | |
| 主要研究者签名 | 手签 | | 日期 | 手签 | |