厦门市中医院医学伦理委员会

Ethics Committee of Xiamen Traditional Chinese Medicine Hospital

**复审申请表**

Reviewapplication Form

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 项目来源 |  | | |
| 方案版本号 |  | 知情同意书版本号 |  |
| 主要研究者 |  | 伦理审查受理号 |  |
| 1、完全按伦理审查意见修改的部分□是□否□其他，请说明： | | | |
| 2、参考伦理审查意见修改的部分□是□否□其他，请说明： | | | |
| 3、没有修改，对伦理审查意见说明： | | | |
| 1. 本次申请提交材料：   ①复审申请表□  ②修正的临床研究方案（注明版本号/版本日期）□  ③修正的知情同意书（注明版本号/版本日期）□  ④修正的招募材料□  ⑤其他□  **备注：请将修改处以下划线形式标明。** | | | |
| 主要研究者签名： 日 期： | | | |