厦门市中医院医学伦理委员会

Ethics Committee of Xiamen Traditional Chinese Medicine Hospital

**伦理审查申请表（科研课题）**

Medical ethics review of the application form

|  |  |
| --- | --- |
| 申  请  人  填  写  的  相  关  信  息 | 项目名称：  任务来源（课题来源）：  批文号/项目（课题）编号：  申请单位与科室：  项目类别（多选）： □前瞻性观察研究 □回顾性观察研究 □试验性研究  □横向课题 □纵向课题 □其他  提供资料：  1.伦理审查申请表\*□  2.临床试验方案及其相关资料\*（版本号，版本日期）□  3.知情同意材料\*（版本号，版本日期）□  4.招募广告及其发布形式\*□  5.研究人员信息/课题组成员履历\*□  6.研究经费说明\*□  7.生物样本、信息数据的来源证明\*□  8.科学性论证意见/课题立项任务书\*□  9.利益冲突申明\*□  10.研究成果的发布形式说明\*□  11.研究材料诚信承诺书\*□  12.厦门市中医院横向课题备案表\*□  13.研究所涉及的相关机构的合法资质证明□  14.病例报告表□  15.研究者手册□  16.受试者日记卡□  17.其他伦理委员会审议决议□  18.其他□  注：标\*项目为必须提交。  **主要研究者承诺：我将遵循我国法律法规和国际伦理准则、研究方案及伦理委员会要求，开展本项研究。**  主要研究者签名：  申请日期： |

**以下伦理委员会使用**

审查方式：□会议审查 □快速审查

主审委员：由 和 作为主审委员审查该项目。

伦理办主任签名： 日期：