复审申请表

（临床医学研究）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | | |
| 更新后，  现方案版本号 |  | | 更新后，  现方案版本日期 | | |  |
| 更新后，  现知情同意书版本号 |  | | 更新后，  现知情同意书版本日期 | | |  |
| 本院承担科室 |  | | 本院项目负责人 | | |  |
| 伦理审查意见号 |  | | 申办方联系人及电话 | | |  |
| 修正及回复情况   * 委员意见：   回复： | | | | | | |
| 本院项目负责人签名 | |  | | 日期 |  | |