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 |  |