

镇江市妇幼保健院医学伦理委员会

伦理审查申请表

申请日期		项目受理号	
项目名称		项目起止时间	
申请人（项目负责人）简要信息			
姓 名		性 别	
科 室		联系电话	
申办者简要信息（如无，可不填）			
姓名		联系电话	
申请状态	☐ 初审 ☐ 修改后复审 ☐ 延续审查项目		
研究类型：（在适当项目内打勾，此项为必填项） ☐科研项目 ☐人 （☐组织标本 ☐病史、数据、流行病学 ☐血液、尿液） ____例数 ☐技术应用 ____例数 ☐动物 ☐细胞 ☐文章 ☐药物临床试验 ☐医疗器械临床试验 ☐临床新技术新项目 ☐其他（请注明）： _____			
项目简介（研究背景、主要研究内容、主要创新点、技术关键、与省内外同类项目水平比较、有无伦理问题等）：			

申请人（项目负责人）承诺：

以上所填内容（包括附件材料）均属实，如获批准，我将严格按照提供的方案进行研究，并遵守医院医学伦理委员会的相关规定。

申请人（项目负责人）签字：

日期： 年 月 日

科主任签名：

日期： 年 月 日

主任委员审查： 建议审查方式 ☐ 全体会议审查 ☐ 快速审查

主任委员签名_____ 日期：____年____月____日