科研课题/新技术伦理审查申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请日期： | | 项目伦审编号（伦理办填写）： | |
| 研究方案名称/版本号： | | | |
| **A 研究相关信息** | | | |
| 主要研究者（申办者）姓名： | | | |
| 主要研究者单位/联系电话： 传真： 电邮： | | | |
| 主要研究者指定联系人姓名： 电话： 电邮： | | | |
| 临床观察员姓名/电话： | | | |
| 本中心招募受试者人数/研究总人数：  多中心试验： ⬜ 是 ⬜ 否 | | | |
| 预期试验期限： | | | |
| 研究任务来源 | ⬜ 学位课题研究 （ ⬜ 硕士 ⬜ 博士（后））  ⬜ 国家级基金项目 （编号： ）  ⬜ 省市级科研课题 （编号： ）  ⬜ 企业资助研究（企业名称： ）  ⬜ 大学/医院项目 （ 编号： ）  ⬜ 其他（填写： ）  ⬜ 新技术 【 ⬜ 院级（1类） ⬜ 省级（2类）⬜ 卫生部（3类）】 | | |
| 与研究项目存在利益冲突[[1]](#footnote-2)？ | ⬜ 否 ⬜ 是（请填写“研究相关利益冲突申报表”） | | |
| **B** **简要描述研究目的** | | | |
| **C** 主要研究者签名  日期 | | | 科主任签名  日期 |
| **D** **科教处（医务处）审查意见**    经办人签名： 日期： | | | |
| **E** **伦理委员会意见** | | | |
| 资料齐全：⬜ 是 ⬜ 否，请补充： 进入：⬜ 会议审查 ⬜ 快速审查  经办人签名： 日期： | | | |

1. 利益冲突是指个人的利益与其职责之间的冲突，即可能影响个人履行其职责的经济或其他的利益。具体见“利益冲突政策”。 [↑](#footnote-ref-2)