北京中医药大学东直门医院医学伦理委员会

Ethics Committee of Dongzhimen Hospital Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine

**复审申请表**

Reviewapplication Form

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 申办单位 |  | | |
| 方案版本号 |  | 知情同意书版本号 |  |
| 主要研究者 |  | 伦理审查受理号 |  |
| 1、完全按伦理审查意见修改的部分□是□否□其他，请说明： | | | |
| 2、参考伦理审查意见修改的部分□是□否□其他，请说明： | | | |
| 3、没有修改，对伦理审查意见说明：  **备注：请将修改处以下划线形式标明。** | | | |
| 主要研究者签名： 日 期： | | | |
| 伦理办公室受理人签名： 日 期： | | | |