附件 YYCH-SYLL-SOP-FJ-029·01

**岳阳市中心医院临床试验伦理委员会复审申请**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 试验项目名称 |  | | |
| 申办方/研究专业 |  | | |
| 方案版本号 |  | 方案版本日期 |  |
| 知情同意书版本号 |  | 知情同意书版本日期 |  |
| 伦理审查意见号 |  | 主要研究者 |  |

**修正情况**

1.完全接伦理审查意见修改的部分

2.参考伦理审查意见修改的部分

3.没有修改的部分，并对伦理审查意见的说明

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人责任声明 | 我将遵循GCP、方案以及伦理委员会的要求，开展本项临床研究 | | |
| 申请人签字 |  | 日期 |  |
| 伦理接收意见 |  | | |
| 伦理秘书签字 |  | 日期 |  |