## 科研课题伦理审查申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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  姓名： 电话： 电邮： | | | |
| 临床观察员  姓名： 电话： 电邮： | | | |
| 主要研究者指定联系人  姓名： 电话： 电邮： | | | |
| 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： ）  【⬜ 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？ | | ⬜ 否 ⬜ 是（请填写“研究相关利益冲突申请表”） | |
| **B 简要描述研究目的** | | | |
| 签 名 | | | | |
| **声明：我将按照相关法规指南以及伦理委员会要求开展临床研究。** | | | | |
| 主要研究者 | PI签字： 日期： | | | |
| 所在科室 | 负责人签字： 日期： | | | |
| 项目主管部门 | 负责人签字： 日期： | | | |
| 伦理委员会办公室 | 秘书签字： 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”。