附件9

**南方医科大学第五附属医院医学伦理委员会伦理审查申请表**

申请日期：　 年　 月　 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | | | | |
| 备注：（请填写类别和分期等其他信息） | | | | | | | | |
| 项目负责人 |  | | 科室 |  | | 职称 | |  |
| 项目联系人 |  | | 电话 |  | | 邮箱 | |  |
| 申办方 |  | | | | | | | |
| 合作研究单位  （组长单位） | | （若为组长单位请备注） | | | 负责人 | |  | |
| 请求审查类型：药物临床试验 | | | | | | | | |
| **递交审查资料：**   1. 递交资料目录（须注明版本号） | | | | | | | | |
| **涉及人的生物医学研究内容及研究方案摘要**  （备注：若需要申请免除知情同意，请提交免除知情同意申请函） | | | | | | | | |
| **项目负责人承诺：**  以上所填内容（包括递交审查资料）均属实，如获批准，我将严格按照提供的方案进行研究，并遵守南方医科大学第五附属医院医学伦理委员会的相关规定。  **项目负责人签字： 年 月 日** | | | | | | | | |
| **申报科室意见：**  **（同意或者不同意申请伦理审查）**  **科室负责人签字： 年 月 日** | | | | | | | | |
| **药物临床试验机构意见：**  **（同意或者不同意申请伦理审查）**  **审查者签字： 年 月 日** | | | | | | | | |

填表说明：

1、申请日期请填写提交申请日期。

2、联系人为：本研究项目的联系人及电话。

3、A4纸双面打印。

4、除提交纸质版，还需将电子版请发送至伦理委员会专用邮箱：nywyllwyh@163.com。