湖北省中医院伦理委员会

Ethics Committee of Hubei Province Hospital of Traditional Chinese Medicine

复审申请

Application Form for Resubmitted Protocols

|  |  |
| --- | --- |
| 项目 |  |
| 项目来源 |  |
| 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

* 完全按伦理审查意见修改的部分
* 参考伦理审查意见修改的部分
* 没有修改，对伦理审查意见的说明

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人签字 |  | 日期 |  |