厦门大学附属心血管病医院医学伦理委员会

复审申请

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目** |  | | |
| **申办单位** |  | | |
| **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** |  |

**一、伦理审查意见**

**二、修正情况**

1. 完全按照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

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