附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医学伦理审查申请表 | | | | | | | |
| 项目名称 | |  | | | | | |
| 申请单位 | |  | | | 计划开展时间 |  | |
| 项目负责人 | |  | | | 技术职称 |  | |
| 开展本项目的目的、意义 | |  | | | | | |
| 本项目国内开展情况概述 | |  | | | | | |
| 预期结果 | |  | | | | | |
| 安全性预测及可能出现的危害 | |  | | | | | |
| **拟方人员情况（包括外单位技术指导人员）** | | | | | | | |
| 姓名 | 工作单位 | | 科室 | 专业 | | 职称 | 备注 |
|  |  | |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |
| 操作人员情况 | | | | | | | |
| 姓名 | 工作单位 | | 科室 | 专业 | | 职称 | 备注 |
|  |  | |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |
| **申请填表人**： | | | | | | | |
| **伦理委员会意见**：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| **市卫健局意见：**  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |