**干细胞临床研究项目伦理审查批件**

|  |
| --- |
|  中日友好医院机构伦理审查批件编号[年份] 号 |
| 项目名称 |  |
| 申报单位 |  |
| 申报单位负责人 |  | 职务/职称 |  |
| 项目类别 | □基础研究 □临床研究 □其他 \_\_\_\_\_\_\_ |
| 申请文书及版本号 |  |
| 项目来源 |  | 预算经费 |  |
| 项目负责人 |  | 职务/职称 |  |
| 伦理委员会主任委员 |  | 办公室电话 |  |
| 伦理委员会秘书 |  | 评审日期 |  |
| 伦理委员会参会人员 | 姓 名 | 职务/职称 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 1.伦理审查意见 □同意 □修改后同意 □修改后再审 □不同意 2.审批意见和建议 主任委员（签名）：  伦理委员会（盖章）：  批复日期：  |