**厦门大学医学研究伦理审查申请表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申请日期 |  | 医学伦理审查申请表用途：项目申报 |
| 研究项目名称 |  |
| 主要研究者姓名 |  | 单位 |  |
| 学历/学位 |  | 职称 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 预期研究期限/时长 | 年 月 日—— 年 月 日 |
| 研究任务来源 | □科技部 □国科金 □省科技厅 □市科技局 □省卫计委 □市卫计委 □医院 □其它 项目编号/合作单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 申请状态 | 口新方案 口作必要修改后的重审案 |
| 研究类型 | 口基础研究 口临床研究 口数据采集 口其他 |
| 研究设计 | 口随机 口分层 口双盲 口多中心试验 口安慰剂对照组 口治疗对照组 口交叉对照 口平行对照 口使用组织样本 口使用血、尿样本 口使用遗传物质样本 |
| **简要介绍研究目的、研究方法、招募人数/受试者总人数/样本量、研究人群及研究过程等：**主要研究者签名： 日期： |