**中山大学附属第一医院临床药物、器械和医疗新技术伦理委员会**

**伦理审查会议汇报人申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受理号** |  | | | | |
| **项目名称**  **（方案号）** |  | | | | |
| **项目负责人** |  | | **专业（科室）** | |  |
| **原因** | （简述项目负责人不能参加项目伦理审查会议汇报的原因） | | | | |
| **汇报人** | **姓名** | | |  | |
| **是否在成员表中**  **（要求项目成员才能到场汇报）** | | | **□是，□否** | |
| **在项目中的角色/分工** | | |  | |
| **专业** | | |  | |
| **职称** | | |  | |
| **手机/邮箱** | | |  | |
| **声明：汇报人承诺会后负责及时传达伦理审查会议意见至项目负责人及项目成员。** | | | | | |
| **汇报人签名** | |  | | | |
| **项目负责人签名** | |  | | | |