**四川大学华西口腔医院医学伦理审查材料提交清单**

|  |  |
| --- | --- |
| 试验项目名称 |  |
| 项目编号 |  | 材料提交日期 |  |
| 申请人 |  | 指导教师 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 项目发起人 |  |  |  |

**材料提交清单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 文件名称 | 份数 | 编号 | 文件名称 | 份数 |
| 1 | 伦理审查申请表 |  | 7 | 参与者日记卡、效果评价表及其他问卷表等 |  |
| 2 | 研究方案 |  | 8 | 招募参与者材料 |  |
| 3 | 研究者手册 |  | 9 | 研究者简历/履历 |  |
| 4 | 知情同意书（ICF） |  | 10 | 科学性审查意见 |  |
| 5 | 原始病历模板 |  | 11 | 样本及数据来源证明 |  |
| 6 | 研究病例报告表（CRF） |  | 12 | 等 |  |
| 13 | **以上材料清单应按照“四川大学华西口腔医院各类伦理审查送审文件清单”要求及项目类别等要求递交伦理审查相关的材料** |  |
|  |  |
| 申请材料电子文档 | 已提交 | 申请PPT | 已提交 |
| 材料提交人签字确认 |  | 材料接收人签字确认 |  |

**补充/修改材料清单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 文件名称 | 提交日期 | 份数 |
| 补/修1 |  |  |  |
| 补/修2 |  |  |  |
| 补/修3 |  |  |  |
| 补/修4 |  |  |  |
| 补/修5 |  |  |  |
| 补/修6 |  |  |  |
| 补/修7 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 决议编号 |  | 决议领取日期 |  | 领取人签字 |  |
| 决议编号 |  | 决议领取日期 |  | 领取人签字 |  |
| 决议编号 |  | 决议领取日期 |  | 领取人签字 |  |
| 决议编号 |  | 决议领取日期 |  | 领取人签字 |  |