**伦理审查递交信**

尊敬的荆门市人民医院临床试验伦理审查委员会：

试验方案名称：

申办者：

临床试验拟在（正在）本院 科开展，主要研究者 ，现提交以下研究文件请伦理审查委员会审查。

递交内容详见伦理审查申请表和递交资料清单

主要研究者：

日期：

**受理回执**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受理号 |  | | | |
| 项目名称 |  | | | |
| 临床研究类别 | □ 药物注册临床试验 □ 申办方发起的非注册性临床研究 | | | |
| 审查方式 | □简易审查 □会议审查 □紧急会议审查 | | | |
| 申办方 |  | | | |
| CRO |  | | | |
| 专业组 |  | | 主要研究者 |  |
| 伦理审查类型 | □ 初始审查  □ 跟踪审查  □ 修正案审查 □ 年度／定期持续审查  □ 偏离、违背方案审查 □ 暂停／终止研究审查  □ 严重不良事件和SUSAR报告审查 □ 结题审查  □ 复审审查  □ 其它  □ 暂停研究再启动 □免除知情同意书申请 | | | |
| 递交资料 | 详见递交资料清单 | | | |
| 受理意见 | □资料完整，符合存档要求  □资料不完整，完善后再次提交 | | | |
| 受理人签名**：** | | 受理日期**：** | | |

荆门市人民医院 临床试验伦理审查委员会