**天晟醫院人體研究審查委員會**

**申請表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 案件申請類型 | □計畫暫停 □終止 □撤案 □解除計畫暫停 | | | | |
| IRB編號 |  | | 收件日期 | | 民國 年 月 日 |
| 計畫名稱 |  | | | | |
| 相關人員 | 姓名 | 電話 | | E-mail | |
| 計畫主持人 |  |  | |  | |
| 聯絡人 |  |  | |  | |
| 執行機構 |  | | | | |
| IRB通過日期 | 民國 年 月 日 | | 最後一次繳交報告日期 | | 民國 年 月 日 |
| 試驗期間 | 民國 年 月 日開始，已於民國 年 月 日暫停 | | | | |
| 參與人數 |  | | 收納的個案數 | |  |
| 填表原因 |  | | | | |
| 其他相關文件 |  | | | | |
| 填寫人聲明 | 以上資料由本人負責填寫，已盡力確保內容正確。若有不實或蓄意隱瞞，願負法律上應負之責任。  填寫人簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  單位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  日期：民國 年 月 日 | | | | |
| 主持人聲明 | 1. 本人負責執行此臨床試驗，已盡力依赫爾辛基宣言的精神及國內相關法令的規定，確保試驗對象之生命、健康、個人隱私及尊嚴。 2. 本內容已經本人確認無誤。若有需要願提供所需的所有相關資訊給本會，以確保受試者權益之審核。   主持人簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  單位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  日期：民國 年 月 日 | | | | |