**臨床試驗撤案申請書**

**IRB/REC審查案號：　　　　　　　　　　 通報序號：**

**計畫編號：**

**計畫中文名稱：**

**計畫英文名稱：**

**計畫主持人：**

**機構：　　　　　　　　　　部門：　　　　　　　　　　職稱：**

**電話：　　　　　　　　　　電子郵件：**

**計畫聯絡人：**

**機構：　　　　　　　　　　部門：　　　　　　　　　　職稱：**

**電話：　　　　　　　　　　電子郵件：**

**試驗委託者(受託研究機構/公司)：**

**計畫執行期限：**YYYY/MM/DD **至** YYYY/MM/DD

**衛生福利部核准日期：**YYYY/MM/DD**，文號：**

**本院執行狀況 :**

**●**Withdrawn(撤案): 研究或試驗尚未納入受試者，即因故不再執行

**終止/撤案原因：**

**計畫主持人聲明**

1. **本人負責執行此臨床試驗，依赫爾辛基宣言精神及國內相關法令之規定，確保受試者之權益、健康、個人隱私與尊嚴。**
2. **上述結案/終止/撤案報告內容經本人確認無誤，若需要願提供所需之相關資料予貴會，以提供受試者權益之審核。**

**計畫主持人簽章：**

**中　華　民　國　　　年　　　月　　　日**