|  |  |
| --- | --- |
| 本會編號 |  |
| 送審查委員日期 |  年 月 日 | 審查期限 |  年 月 日請將所有資料送回 |
| 審查委員姓名 |  | 承辦人姓名／聯絡電話 | 04-22052121# |
| 審查意見（以下由審查委員填寫） |
| 項次 | 審 查 項 目 | 適宜 | 需修正 | 不適用 |
|  | 結案申請書 |  |  |  |
|  | 收錄受試者清單 |  |  |  |
|  | 研究參與者之同意書簽名頁影本 |  |  |  |
|  | 本院發生嚴重不良事件受試者摘要報告清單 |  |  |  |
|  | 病患權益與隱私是否受到保護？ |  |  |  |
|  | 研究資料與數據的監測安全性措施與保護 |  |  |  |
|  | 審查結果 | □通過 | □修正後通過 | □不通過 |
|  | 綜合審查意見及建議事項（篇幅不足請書寫於背面或另紙繕附） |
|  |
| 審查委員簽名 |  | 完成審查日期 | \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |