|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |