| **伦理审查送审材料清单** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **医疗新技术临床应用伦理审查** | | | |
| **材料名称** | **有** | **无** | **NA** |
| 1. 医疗新技术伦理审查申请表 |  |  |  |
| 1. 技术实施方案（注明版本号/版本日期） |  |  |  |
| 1. 知情同意书（注明版本号/版本日期） |  |  |  |
| 1. 相关人员简历、资质文件 |  |  |  |
| 1. 医疗技术管理委员会审查意见 |  |  |  |
| 1. 涉及药物和医疗器械的，提供相关证明材料 |  |  |  |
| ***备注：***   1. *电子版发伦理办邮箱ec-tys@qq.com，通过形式审查后递交1份纸质版材料至伦理办（电话预约时间025-83086021）；*   *2、上传文件格式为PDF，扫描注意清晰度，文件命名、序号和清单一致* | | | |