**提示语（提交时请删除）**

1、请在流程提交word电子材料（一份）+纸质打印材料（同一内容正反面打印，一式二份并签字）

2、请注明版本号（初始版本1.0，更新版本2.0，以此类推）、版本日期（该材料的定稿日期），含页眉，格式如2022.1.1

3、红色/蓝色斜体字仅作提示，请按实际情况撰写，提交正式版本时请删除。

**递交信**

温州市第七人民医院伦理委员会：

温州市第七人民医院\*\*\*科室\*\*\*\*姓名拟申报一项名为“\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*”的新技术新项目，本项目为我专业自主申报（或\*\*申报，我院参与）的医疗技术临床应用项目，在温州市第七人民医院开展，现申请医疗技术伦理初审后的复审。

提交审查项目的资料如下：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **必备文件** | **份数** | **自查（请打勾）** | **编号信息** | **备 注**  **（提交时删除本列）** |
|  | 递交信 | 1 | □有 □无 |  | 注明版本号、版本日期（含页眉） |
|  | 复审申请表 | 1 | □有 □无 |  | 必要文件 |
|  | 修正后的知情同意书 | 1 | □有 □无 | 版本号：2.0  日期：xxxx.xx.xx | 请注明更新的版本号与日期（左列）；  如无，请删除 |
|  | 修正后的自测报告 | 1 | □有 □无 | 版本号：2.0  日期：xxxx.xx.xx | 请注明更新的版本号与日期（左列）；  如无，请删除 |
|  | 修正后的项目风险预评估及风险处置预案 | 1 | □有 □无 | 版本号：2.0  日期：xxxx.xx.xx | 请注明更新的版本号与日期（左列）；  如无，请删除 |
|  | 其他相关材料 | 1 | □有 □无 |  | 如有 |

项目组联系人： \*\*\*\* 电话：\*\*\*\*\*\*\*

项目负责人（签名）： 日期：

**回执**

温州市第七人民医院伦理委员会已收到上述资料，伦理委员会将：

□ 伦理会议审查

□ 伦理简易审查

□ 伦理备案

□ 其他

伦理委员会接收人： 日期：