

# 國立成功大學醫學院附設醫院人體研究倫理審查委員會

## 暫停計畫恢復執行申請書

IRB 編號			
計畫名稱			
聯絡者		聯絡方式	
預計恢復日期	____年____月____日開始		
恢復執行原因			
計畫主持人簽名：_____ 日期：____年____月____日			
以下由審查委員填寫			
審查意見	服務·效率·團隊·卓越		
審查結果	<input type="checkbox"/> 同意自審查通過日後恢復執行 <input type="checkbox"/> 列入後續追蹤案件 <input type="checkbox"/> 請參閱審查意見，做為未來執行參考依據 <input type="checkbox"/> 建議提至第_____次大會討論		
下次報告繳交頻率	<input type="checkbox"/> 每三個月 <input type="checkbox"/> 每六個月 <input type="checkbox"/> 屆滿一年 <input type="checkbox"/> 收案數屆滿一半時 <input type="checkbox"/> 其他 請說明：		
稽核組組員簽名：_____ 日期：____年____月____日			