

國立成功大學醫學院附設醫院人體研究倫理審查委員會簽收單

簽收章

本會編號：

計畫主持人：_____醫師/老師

單位：

計畫編號：

計畫名稱(中/英文)：

案件類別：

新案

修正案 第__次

期中報告 第__次

結案報告

免審

暫停

試驗偏離通報

終/中止

撤案

SUSAR 通報 (請註明受試者編號及追蹤次數)

文件說明：

送件聯絡人姓名：

聯絡電話：

傳真：

E-mail：

備註事項：