**复审审查申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 申办方 |  |
| 方案版本号/版本日期 |  |
| 伦理审查意见号 |  |
| 复审资料 | 见附页 |
| 专业组 | 眼科 |
| 资料修正情况·完全按伦理审查意见修改的部分如无请填写“无”·参考伦理审查意见部分修改的部分如无请填写“无”·没有修改及其理由如无请填写“无” |
| 对伦理审查意见提出的异议及其理由或澄清说明如无请填写“无” |
| 主要研究者签名：日期： |  |
| 附页： |