**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： | | |