**北京协和医院伦理审查委员会恢复临床研究申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目编号 |  | 伦理批准日期 |  |
| 项目科室 |  | 项目负责人 |  |
| 医学研究题目 |  | | |
| **暂停/恢复情况：** | | | |
| 暂停/中止时间 |  | | |
| 暂停/中止原因 |  | | |
| 恢复研究原因 |  | | |
| 递交人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 主要研究者签名 |  | 日期 |  |