**南方医科大学皮肤病医院**

**医学伦理委员会审批件（科研项目）**

批件号：不用填

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 项目及经费来源 |  | | |
| 负责科室 |  | 项目负责人 |  |
| 研究年限 | 年 月 日 至 年 月 日 | 批准日期 | 不用填 |
| 研究方案概述（包括可能存在的风险及解决方法） | 研究背景：  研究目的：  研究方法：  可能存在的风险及解决方法： | | |
| 审批意见 | 不用填    南方医科大学皮肤病医院医学伦理委员会 （签章）：  主任委员（签名）： | | |

注：请提交项目研究方案及知情同意书。