**伦理委员会免除知情同意申请**

|  |
| --- |
| 项目名称： |
| 方案号： |
| 主要研究者： | 临床批件号： |
| 申请免除知情同意原因说明： |
| 申请人签名：  | 日期： |
| 伦理委员会填写下方内容 |
| 审查结果： □同意 □不同意 |
| 审查意见说明： |
| 主任委员签字： |
|   伦理委员会 （盖章） |
| 日期: 年 月 日 |