

佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院

審查意見回覆表

計畫編號		委員會收件日期	年 月 日 (由委員會填寫)
計畫主持人		送審次數	第_____次審查
計畫名稱			
綜合審查意見及建議事項：			
委員意見 1：(審查意見請填於此)			
<u>申請者回覆：</u> 修改文件： ☐ 初審案審查申請書，頁數:_____； ☐ 計劃書中文摘要，頁數:_____ ☐ 受試者同意書，頁數:_____； ☐ 計畫書，頁數:_____ ☐ 其他_____，頁數:_____			
委員意見 2：(審查意見請填於此)			
<u>申請者回覆：</u> 修改文件： ☐ 初審案審查申請書，頁數:_____； ☐ 計劃書中文摘要，頁數:_____ ☐ 受試者同意書，頁數:_____； ☐ 計畫書，頁數:_____ ☐ 其他_____，頁數:_____			
委員意見 3：(審查意見請填於此)			
<u>申請者回覆：</u> 修改文件： ☐ 初審案審查申請書，頁數:_____； ☐ 計劃書中文摘要，頁數:_____ ☐ 受試者同意書，頁數:_____； ☐ 計畫書，頁數:_____ ☐ 其他_____，頁數:_____			

計畫主持人簽章:_____ 日期: _____