附件2：

**陕西省医疗卫生机构伦理委员会备案登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| 伦理委员会设立单位 |  |
| 设立单位类型 | *（填写医院/其他）* | 设立单位机构等级 | *（填写医院等级）* |
| 伦理委员会名称 |  | 成立时间 |  |
| 伦理委员会办公地址 |  |
| 伦理委员会联系电话/传真 |  | 伦理委员会电子邮箱 |  |
| 伦理委员会主任委员 | 姓名 |  | 工作单位 |  |
| 职务/职称 |  | 专业 |  |
| 办公电话 |  | 手机号码 |  |
| 伦理委员会秘书/专（兼）职工作人员 | 姓名 |  | 专业 |  |
| 办公电话 |  | 手机号码 |  |
| 伦理委员会人员任期时限 |  |
| 例会周期 |  | 审查时限 |  |
| 开会法定人数及专业要求 |  |
| 归档资料保存地点 |  | 保存时间 |  |
| 备案时间 | *（由执业登记机关填写）* | 备案号 | *（由执业登记机关填写）* |
| 单位盖章年 月 日 | 主管部门盖章 年 月 日 |