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 | | | | | |