國泰醫療財團法人國泰綜合醫院

**撤案申請表**

|  |  |
| --- | --- |
| IRB編號 | 收件日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |
| 計畫名稱 | (中文)(英文) |
| 相關人員 | 姓名 | 職稱 | 電話/E-mail |
| 計畫主持人 |  |  |  |
| 協同主持人 |  |  |  |
| 其他研究人員 |  |  |  |
| 聯絡人 |  |  |  |
| 執行機構 |  |
| 贊助單位 |  |
| 撤案原因 |  |
| 申請者 | □計畫主持人 | □試驗委託者 |
| **主持人聲明****妥善保管文件至少三年，供本委員會及主管機關隨時調閱。** |
| 計劃主持人簽名： 日期： |