CIRB主副審機構-審查意見回饋表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CIRB案號： | | |
| 送件廠商名稱： | | |
| 主審機構： | | |
| 回饋機構： | | |
| 聯絡人： | 電子信箱： | 聯絡電話： |
| **回饋審查意見**  **(依據CIRB主副審共識會議共識，副審機構原則尊重主審機構審查結果，若有副審醫院審查認為計畫仍必須修改或說明，請於下方提出需修改之意見，且審查回饋意見請以攸關研究對象權益為優先內容，以利學會彙整後建立主副審機構之審查共識。)** | | |
| 1. **審查意見**：   **詳細說明：** | | |
| 1. **審查意見**：   **詳細說明：** | | |
| 1. **審查意見**：   **詳細說明：**  (篇幅不足請自行延伸) | | |

**回饋機構單位戳章：**

**填表日期：**