**人體研究計畫-暫停計畫恢復執行申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IRB編號 |  | | |
| 計畫名稱 |  | | |
| 計畫主持人 |  | 聯絡方式 |  |
| 預計恢復日期 | \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日開始 | | |
| 恢復執行原因 |  | | |
| 計畫主持人簽名：　　　　　　　　　　　 日期： 年 月 日 | | | |
| 以下由審查委員填寫 | | | |
| 審查意見 |  | | |
| 審查結果 | □同意自審查通過日後恢復執行 | | |
| □列入後續追蹤案件  □請參閱審查意見，做為未來執行參考依據  □建議提至第 次大會討論 | | |
| 下次報告繳交頻率 | □每三個月 □每六個月 □屆滿一年 □收案數屆滿一半時  □其他  請說明： | | |

**審查委員簽名：**

**日期： 年 月 日**