**上海市嘉定区中心医院**

**平行病历伦理审查申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **作者姓名** |  | **科室** |  |
| **文章名称** |  |
| **拟投稿杂志、平台** |  |
| 第一作者专业 |  | 职称 |  |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| **作者承诺：**作为作者，本人承诺该文章内容真实，无剽窃、造假，无一稿多投，遵守伦理规范，不存在学术不端行为。若有违背，所产生的一切后果由本人承担。全体作者签名：日期：  |
| **所在科室行政负责人意见：**经审核不存在剽窃、造假等学术不端行为，符合伦理规范，同意发表。科主任/护士长签字： 日期：  |
| **机构伦理委员会秘书意见：**形式审查通过。签字： 日期： |
| **伦理委员会审查意见：** 符合伦理规范，同意发表。主任/副主任委员签字： 日期： 上海市嘉定区中心医院伦理委员会（盖章） |