**浙江省人民医院毕节医院伦理委员会项目汇报授权委托函**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 授权人（PI） |  | 职位 |  |
| 被授权人（Sub-I） |  | 职位 |  |
| 授权原因 |  | | |
| 授权内容 |  | | |
| 责任声明 | 受委托者了解且熟悉整个研究的相关信息和数据、整体研究原理、方案设计及实施计划、受试者保护计划等，能够代表本人回答委员提出的与该研究相关的所有问题；受委托者在汇报时发表的言论、与该研究相关的观点及理论、研究态度均代表本人观点；若因以上问题导致项目未通过审核，责任由本人自行承担。 | | |
| 授权人签字 |  | 日期 |  |
| 被授权人签字 |  | 日期 |  |

**注意：**

1. 初始审查除特殊情况外，不得委托汇报；
2. 仅可授权该项目团队中的次级研究者（SUB-I），若无则需由本人亲自汇报；
3. 汇报前，请将该表格转交至伦理委员会工作人员以便核对PPT汇报者信息。