**生物样本/信息数据来源证明**

注：本文中红色字体，仅做提示说明用，请正式填写时删掉。样本来源证明是申请人体伦理的重要材料，请申请人认真填写，以防后续专家评审时不通过，还要重新补充、重新签字盖章，费时费力。

新乡医学院第三附属医院医学研究伦理委员会：

临床科研项目“……”，其研究生物样本/信息数据提供单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（单位名称），单位负责人是\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（姓名/职务，如非科室负责人请勿填写）。

生物样本/信息数据的名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（请阐明样本/数据的性质、部位、采集、转移、保存细节）

 样本数量：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（个数、样本的重量、体积等单位

生物样本/信息数据用途： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（阐明样本用途）

是否同意剩余生物样本/信息数据用于后续其他方面的科学研究：

□是 □否

 申请人签字：（研究生是导师签字）

样本提供单位负责人签字：

（与上面提及的负责人一致）

样本提供单位（盖章）

年 月 日