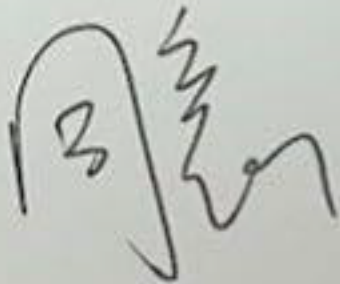


山西医科大学医学伦理审查申请表

——涉及人体生物医学研究项目（药物及器械临床试验、新技术应用等）的申请

项目依托单位		山西医科大学		序号（由委员会统一填写）		2018LL016	
项目名称	小鼠胚胎干细胞定向分化510例临床				项目起止时间	2018.12-2022-1	
项目类别	A. 新药物临床试验 B. 新器械临床试验 C. 新技术应用 ☒ D. 人体标本收集 E. 其他（请注明）：						
申请人（项目负责人）简要信息							
姓名	杨艳萍	性别	女	学历	博士	科室	组胚教研室
办公电话		传真		移动电话		电子邮箱	
通信地址	山西省太原市迎泽区新建南路 56 号					邮政编码	030001
目前主要研究方向		胚胎心脏发育					
联系人简要信息（如无，可不填）							
姓名		性别		学历		科室	
办公电话		传真		移动电话		电子邮箱	
通信地址						邮政编码	
申请人（项目负责人）承诺： 以上所填内容（包括各附件材料）均属实，如获批准，我将严格按照提供的方案进行研究，并遵守山西医科大学医学伦理委员会的相关规定。							
申请人（项目负责人）签字：				期：2021.12.1 所在院系名称：山西医科大学基础医学院			
山西医科大学医学伦理委员会审批意见：							
							
主任委员（签章）				日期：2021.12.3		山西医科大学医学伦理委员会（盖章）	

山西医科大学医学伦理审查申请表

——涉及人体生物医学研究项目（药物及器械临床试验、新技术应用等）的申请

项目依托单位		山西医科大学		序号（由委员会统一填写）		2018LL016	
项目名称	小鼠胚胎干细胞定向分化510例				项目起止时间	2018.12-2022.1	
项目类别	A. 新药物临床试验 B. 新器械临床试验 C. 新技术应用 ☒ D. 人体标本收集 E. 其他（请注明）：						
申请人（项目负责人）简要信息							
姓名	杨艳萍	性别	女	学历	博士	科室	组胚教研室
办公电话		传真		移动电话		电子邮箱	
通信地址	山西省太原市迎泽区新建南路56号					邮政编码	030001
目前主要研究方向		胚胎心脏发育					
联系人简要信息（如无，可不填）							
姓名		性别		学历		科室	
办公电话		传真		移动电话		电子邮箱	
通信地址						邮政编码	
申请人（项目负责人）承诺： 以上所填内容（包括各附件材料）均属实，如获批准，我将严格按照提供的方案进行研究，并遵守山西医科大学医学伦理委员会的相关规定。							
申请人（项目负责人）签字		[Signature]		日期：2021.12.1		所在院系名称：山西医科大学基础医学院	
山西医科大学医学伦理委员会审批意见：							
[Signature]				[Red Seal: 山西医科大学基础医学院]			
主任委员（签章）：		[Signature]		日期：2021.12.3		山西医科大学医学伦理委员会（盖章）	

山西医科大学医学伦理审查申请表

——涉及人体生物医学研究项目（药物及器械临床试验、新技术应用等）的申请

项目依托单位		山西医科大学		序号（由委员会统一填写）		2018LL016	
项目名称	妊娠期糖尿病预防及干预研究				项目起止时间	2018.12-2022.1	
项目类别	A. 新药物临床试验 B. 新器械临床试验 C. 新技术应用 ☒ D. 人体标本收集 E. 其他（请注明）：						
申请人（项目负责人）简要信息							
姓名	杨艳萍	性别	女	学历	博士	科室	组胚教研室
办公电话		传真		移动电话			
通信地址	山西省太原市迎泽区新建南路 56 号					编码	030001
目前主要研究方向		胚胎心脏发育					
联系人简要信息（如无，可不填）							
姓名		性别		学历		科室	
办公电话		传真		移动电话		电子邮箱	
通信地址						邮政编码	
申请人（项目负责人）承诺： 以上所填内容（包括各附件材料）均属实，如获批准，我将严格按照提供的方案进行研究，并遵守山西医科大学医学伦理委员会的相关规定。							
申请人（项目负责人）签字：[Redacted]				期：2021.12.1 所在院系名称：山西医科大学基础医学院			
山西医科大学医学伦理委员会审批意见：							
[Signature]				[Red Seal: 山西医科大学基础医学院]			
主任委员（签章）：[Redacted]				期：2021.12.3 山西医科大学医学伦理委员会（盖章）			