**银屑病规范化诊疗中心回顾性研究承诺函**

|  |  |
| --- | --- |
| **科室确认** | |
| 本科室申请参与银屑病规范化诊疗中心的回顾性研究项目，确保申请到的数据仅用于申请课题的科学研究使用，不用于其他用途，不与他人分享。发表文章的第一作者和通讯作者的**第二单位**标注“国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心“，并在“实验与方法”部分写明样本（数据）来自“国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心”。若有中心来源的资金资助，需在基金资助位置标注“国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心资助”。  盖章: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  科主任签字: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  科室: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  日期: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 医院名称 |  |
| 科室项目负责人 |  |
| 手机 |  |
| 电子邮箱（用于接收研究数据） |  |