**《中国全科医学》论文投送单位介绍信**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **论文题目：** | | | | | |
| **第一作者** | 姓名 | |  | 联系电话 |  |
| 科室 | |  | E-mail |  |
| 职务 | |  | 职称 |  |
| 单位 | |  | | |
| **通信作者** | 姓名 | |  | 联系电话 |  |
| 科室 | |  | E-mail |  |
| 职务 | |  | 职称 |  |
| 单位 | |  | | |
| **伦理委员会审批情况**  **（涉及患者和动物等原创研究必填）** | | 1. 伦理审批机构名称： 2. 伦理审批编号： | | | |
| **基金项目情况（如果有请填写）** | | 1. 基金项目及编号： 2. 基金项目名称： 3. 基金项目批件扫描后与单位介绍信一并打包上传 | | | |
| **单位审查意见** | | 本单位审查该论文意见如下：  （1）论文系作者（请在方框中划勾）：□原创性作品，□翻译作品，□文献综述作品；无知识产权纠纷，未一稿多投；  （2）该文章所有作者均知情，署名无争议；  （3）该研究符合医学科研伦理准则，无抄袭、剽窃、篡改他人学术成果，未侵犯他人知识产权和个人隐私等学术不端行为；  （4）该研究已经通过本单位相关专家组审核和充分论证，文章内容、数据、图表等真实、无造假，方法正确，结果、结论可信，不涉及工作秘密；  （5）该文章无其他与国家有关法律法规相违背的问题。 | | | |
| **论文全部作者亲笔签名（请按作者排名顺序填写，姓名后附单位及签名日期）：**   1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2．\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4．\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5．\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6．\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7． \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8．\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ……………… | | | | | |

综上，以上所有情况属实，本单位同意向贵刊投稿！特此证明，请予接洽为宜！

审查人签字：

（单位公章）

时间：