



INSTITUTIONAL ETHICS COMMITTEE (IEC)

Seth G. S. Medical College and KEM Hospital, Mumbai.

Annexure 1

AX 01/SOP 17/V7

Participant's Grievance/Complaint Record Form

Date	
Received by	
Grievance received through	<input type="checkbox"/> Letter/Date: <input type="checkbox"/> E-mail / Date: <input type="checkbox"/> Walk-in / Date / Time: <input type="checkbox"/> Other, specify:
Participant's Name	
Contact	
Address	
Phone	
Title of the Participating Study	
Starting date of participation	
Information requested/complaint /query	
Action taken	
Final Decision	

Signature of the IEC Member Secretary:

Date:



INSTITUTIONAL ETHICS COMMITTEE (IEC)
Seth G. S. Medical College and KEM Hospital, Mumbai.

अनुलग्नक १

एएक्स ०१/एसओपी १७/वी ७

प्रतिभागी की शिकायत अर्जी

तारीख	
द्वारा प्राप्त	
के माध्यम से प्राप्त अनुरोध	<input type="checkbox"/> पत्र/तिथि: <input type="checkbox"/> ई-मेल/तारीख: <input type="checkbox"/> वॉक-इन/तारीख/समय: <input type="checkbox"/> अन्य, निर्दिष्ट करें:
प्रतिभागी का नाम	
संपर्क करें	
पता	
फ़ोन	
प्रतिभाग लेने वाले अध्ययन का शीर्षक	
प्रतिभागी होनेवाली प्रारंभिक तारीख	
मांगी गई जानकारी/शिकायत/ पूछताछ	
कार्रवाई का वर्णन	
अन्तिम निर्णय	

नीतिमत्ता समिती सदस्य सचिव के हस्ताक्षर:

तारीख:



INSTITUTIONAL ETHICS COMMITTEE (IEC)
Seth G. S. Medical College and KEM Hospital, Mumbai.

परिशिष्ट १

एकस ०१ / एसओपी १७ / व्ही ७
सहभागीची तक्रार नोंदवण्याचा फॉर्म

दिनांक	
द्वारा प्राप्त	
द्वारा विनंती प्राप्त	<input type="checkbox"/> पत्र / दिनांक: <input type="checkbox"/> ई-मेल/ दिनांक: <input type="checkbox"/> वॉक-इन/दिनांक/वेळ: <input type="checkbox"/> इतर, निर्दिष्ट करा:
संपर्क	
पत्ता	
फोन	
सहभागी अभ्यासाचे शीर्षक	
सहभाग घेतल्याची दिनांक	
विनंती केलेली माहिती/ तक्रार/प्रश्न	
कारवाईचे वर्णन	
अंतिम निर्णय	

नैतिक संस्थेच्या सदस्य सचिवाची सही:

दिनांक: