特定臨床研究等にかかる実施許可について（依頼）

令和　　年　　月　　日

　病院長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研究責任（代表）医師

所　　　属

職・氏名

　下記の特定臨床研究等について、研究実施の許可を依頼いたします。

記

　整理番号：

審査を受けた委員会：

課題名：

　研究体制：□単施設　　　□多施設

　主幹機関：□本学　　　　□他機関（機関名：　　　　　　　）

　備考：