20　　年　　月　　日

整理番号

臨床研究実施許可申請書

日本赤十字社医療センター

　　院長　本間　之夫　殿

所属長 所属・役職

氏名　　　　　　　　　 　 印

申請者 役職

氏名 　　　　　　　　　　 印

下記臨床研究の実施のご許可をお願い申し上げます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 当センターの研究責任者 | 所属・役職  氏名 |
| 代表機関の臨床研究審査委員会の名称 |  |
| 当センターにおける申請 | □新規　　　　□変更　　　　□継続 |
| 添付資料 | □審査結果通知書・確認書写し  □研究計画書  □契約書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

以上

申請許可に関する決定通知書

申請者

所属･氏名　　　　　　　　　　　殿

　日本赤十字社医療センター

院長　本間　之夫　　印

上記の臨床研究について、以下の通り決定いたしました。

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床研究の  実施許可 | □許可　　　　　　年　　　月　　　日  □不許可　　　　　年　　　月　　　日  理由 |