西暦　　　年　　月　　日

臨床研究実施許可申請書

研究機関の長

大垣市民病院　病院長　殿

 研究責任者

 　（氏名）

下記の臨床研究の実施について、臨床研究審査委員会の承認を得ましたので、実施許可をいただきたく、申請いたします。なお、当該臨床研究を実施するにあたっては、関連法規、関連通知及び研究実施計画書を遵守いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 | □新規許可申請　□継続許可申請 |
|  |
| 研究代表者の所属・氏名 |  |
| 臨床研究審査委員会の名称及び審査結果通知日 |  |
| 西暦　　　　年　　月　　日 |
| 備考 |  |

以上

臨床研究実施許可通知書

研究責任者

　　　　　　　　殿

　西暦　　年　月　日に申請のあった臨床研究の実施について、下記の通りといたします。

□許可　 【許可番号：　　　　　　】【備考：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

□不許可【理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

□その他【内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

西暦　　　　年　　月　　日

研究機関の長

大垣市民病院　病院長