西暦　　　　年　　　月　　　日

**審査／確認依頼書(その他)**

成田赤十字病院倫理委員会 委員長　殿

研究責任者

（所属・職名）

（氏名）

下記の事項についての審査／確認を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究等名称 |  |
| 審査／確認事項 | □研究等の継続の適否　□重篤な有害事象（□重篤な有害事象報告(医薬品)（西暦　年　月　日付様式09-1写）（□重篤な有害事象(医療機器)又は不具合報告書（西暦　年　月　日付様式09-2写）（□詳細記載用書式（西暦　年　月　日付様式09-3写）　□不適合・逸脱（不適合・逸脱報告書（西暦　年　月　日付様式10-1写）　□定期報告（定期報告書（西暦　年　月　日付様式08写）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |