西暦　　　年　　月　　日

**実施研究機関における臨床研究等の実施許可願書**

成田赤十字病院 院長　殿

研究責任者

（氏名）

下記の倫理審査委員会で承認された研究等について、当院における当該臨床研究等の実施の許可をお願いいたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究等名称 |  |
| 研究代表者名※ |  |
| 成田赤十字病院  研究責任者名 |  |
| 倫理審査委員会名 |  |
| 審査結果通知日 | 西暦　年　月　日 |
| 添付資料 | □ 審査結果通知書（名称：　　　　　）  □ その他（　） |

※中央一括審査、特定臨床研究の際に記載する。

**実施研究機関における臨床研究等の実施許可通知書**

研究責任者　●● ●●　殿

　当院における実施の許可願のあった研究等について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 決定内容 | □ 実施許可　 □ 実施不許可 |
| 備考 |  |

西暦　　　年　　月　　日

成田赤十字病院 院長

●● ●●