

整理番号	—
------	---

西暦 年 月 日

試験審査結果通知書

実施医療機関の長

成田赤十字病院

院長 角南 勝介 殿

倫理委員会

名称 成田赤十字病院倫理委員会

所在地 千葉県成田市飯田町90番地1

委員長 青墳 信之

印

審査依頼のあった件についての審査結果を下記のとおり通知いたします。

記

課題名		
審査事項 (添付資料) *: 1~5を記す	<input type="checkbox"/> 試験の実施の適否 (倫理委員会審査申請書 (西暦 年 月 日付様式1-* 写)) <input type="checkbox"/> 試験の継続の適否 <input type="checkbox"/> 重篤な有害事象 (<input type="checkbox"/> 重篤な有害事象の報告書 (西暦 年 月 日付様式9-1写) <input type="checkbox"/> 安全性情報等 (新たな安全性情報の報告書 (西暦 年 月 日付様式11写)) <input type="checkbox"/> 試験に関する変更 (一部変更申請書 (西暦 年 月 日付様式8写)) <input type="checkbox"/> 緊急の危険を回避するための試験実施計画書からの逸脱 (緊急の危険を回避するための試験実施計画書からの逸脱に関する報告書 (西暦 年 月 日付様式 12 写)) <input type="checkbox"/> 継続審査 (試験実施状況報告書 (西暦 年 月 日付様式7写)) <input type="checkbox"/> その他 ()	
審査区分	<input type="checkbox"/> 委員会審査 (審査日: 西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 迅速審査 (審査終了日: 西暦 年 月 日)	
特定臨床研究	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
審査結果	<input type="checkbox"/> 特定臨床研究 (A)	
	<input type="checkbox"/> 認定臨床研究審査委員会への申請許可 <input type="checkbox"/> 認定臨床研究審査委員会への申請不可 ↓ <input type="checkbox"/> 修正の上で許可 <input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/> 既許可事項の取り消し <input type="checkbox"/> 保留	<input type="checkbox"/> 特定臨床研究以外 (B・C) <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 修正の上で承認 <input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/> 既承認事項の取り消し <input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> その他 ()
指示事項および理由・条件等*	回答書の提出の要否 [<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否]	
備考		

* 「修正の上で承認」とは正式な承認ではない。回答書の提出「要」となった場合は、試験開始前に必ず対応すること。修正が済み文書が必要な場合は、回答書とともに提出すること。

西暦 年 月 日

研究責任者 (氏名) 殿

依頼のあった試験に関する審査事項について上記のとおり決定しましたので通知いたします。

実施医療機関の長

成田赤十字病院

院長 角南 勝介 印