整理番号	－

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）

下記の審査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（　　）