

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（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	<input type="checkbox"/> 審査結果通知書 <input type="checkbox"/> その他（ ）

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	<input type="checkbox"/> 実施許可 <input type="checkbox"/> 実施不許可
備考	

西暦 年 月 日

成田赤十字病院 院長

●●●●