西暦●●●●年●月●日

特定臨床研究　審査申請承諾書

●●●病院

病院長　　殿

研究責任医師

所属　●●●

氏名　●●●

特定臨床研究の実施のため、下記の委員会に審査申請することをご承諾いただきたくお願い申し上げます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究名称 |  |
| 認定臨床研究審査  委員会の名称 |  |
| 研究に関する  問合わせ先 | 氏　　名：  所属部署：  住　　所：  電話番号：  FAX番号：  電子メールアドレス： |
| 備考 |  |

西暦●●●●年 　月　　日

研究責任医師

所属　●●●

氏名　●●●　殿

上記の特定臨床研究について、上記委員会へ審査申請することを承諾します。

●●●病院

病院長　　　　　　　　印