西暦●●●●年●月●日

特定臨床研究　実施承認書

● ● ●病院

病院長　　殿

研究責任医師

所属　●●●

氏名　●●●

特定臨床研究について、認定臨床研究審査委員会での承認に伴い、貴施設での研究実施のご承認を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 |  |
| 委員会承認日 |  |
| 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、本施設での実施を承認します。

●　●　●病院

病院長 　　　　　　　印