|  |
| --- |
| 　 |
|  |
| 　　/ |

20 年 月 日

臨床研究実施許可願

研究機関の長　殿

 研究責任者

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 役職 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

下記臨床研究の実施のご許可をお願い申し上げます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 研究区分 | [ ] 単施設研究[ ] 多機関研究：研究代表者（所属・氏名） |
| [ ] 介入研究（侵襲あり、軽微な侵襲あり、侵襲なし）[ ] 非介入研究（侵襲あり）[ ] 非介入研究（軽微な侵襲あり、侵襲なし） |
| 承認を得た倫理委員会の名称 | 昭和医科大学における人を対象とする研究等に関する倫理委員会 |
| 委員会の承認日 | 　20　年　月　日 |
| 備考 |  |

以上

注）この書類を基に臨床研究支援課が電子申請システム上で研究者に臨床研究実施許可通知書を発行する