（他院主導）

西暦　　　年　　月　　日

実施許可願書

病院長　殿

研究責任医師

所属：

氏名：

下記臨床研究を当院で実施することについて、許可願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究名称 |  |
| 研究代表医師 | 所属：  氏名： |
| 認定臨床研究  審査委員会 | 委員会名称：　　　　臨床研究審査委員会  認定番号：ＣＲＢ  承　認　日：西暦　　　年　　月　　日 |
| 添付資料 | □ 審査結果通知書（統一書式４）写し  □ 認定臨床研究審査委員会に提出した資料  □ その他（備考参照） |
| 備考 |  |