西暦　　　　年　　月　　日

臨床研究実施報告書

診療科長

　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研究責任者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属・職名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　印

下記の臨床研究を実施いたしたく報告申し上げます．

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 研究期間 | 西暦　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 |

上記臨床研究の実施を了承します．

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科名：

　　　　　　　　西暦　　　　年　　月　　日　　診療科長：　　　　　　　　　　　印