西暦　　　年　　月　　日

臨床研究実施許可通知書

研究責任者

（所属）

（氏名）　　　　　　　　殿

研究機関の長

大分大学医学部附属病院 病院長

　　　　　　　　　（公印省略）

申請のあった臨床研究について，以下のとおり通知いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 新規/変更等 | | □ 新規　　　□ 変更　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 臨床研究課題名 | |  |
| 公表課題名 | |  |
| 指示・決定の内容 | 許可事項 | □ 審査結果通知書写（　　　年　　月　　日付）のとおり |
| □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 取扱い | □ 実施許可　　　□ 不許可　　　□ その他 |
| 「取扱い」の  条件・理由等 |  |
| 備考 | |  |