西暦　　　　年　　　月　　　日

臨床研究実施許可通知書

研究責任医師

　　　（氏名）　　　　　殿

　　　 　　　実施医療機関の長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 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、実施を許可いたしましたので通知いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 臨床研究実施計画番号**\*** | |  |
| 臨床研究課題名 | |  |
| 指示・決定の内容 | 許可事項 | □新規**\*\***□変更 □疾病等報告 □定期報告 □重大な不適合 □その他  □審査結果通知書（　　　　年　　月　　日付）承認資料欄のとおり |
| □変更 □疾病等報告 □定期報告 □重大な不適合 □その他  □審査結果通知書（　　　　年　　月　　日付）承認資料欄のとおり |
| □変更 □疾病等報告 □定期報告 □重大な不適合 □その他  □審査結果通知書（　　　　年　　月　　日付）承認資料欄のとおり |
| □変更 □疾病等報告 □定期報告 □重大な不適合 □その他  □審査結果通知書（　　　　年　　月　　日付）承認資料欄のとおり |
| 取扱い | □実施許可　　□不許可　　□その他 |
| 「取扱い」の  条件・理由等 |  |
| 備考 | | ＜認定臨床研究審査委員会＞ |

**\***臨床研究実施計画番号はjRCT番号とし新規依頼時は記載しない。

**\*\***変更審査による施設追加を含む。