研究実施許可申請書

年　　月　　日

JCHO群馬中央病院　院長　　殿

研究責任者：　　　　　　　　　（押印省略）

所　属：

他施設の臨床研究委員会にて承認となった下記の研究について、実施許可を申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究計画名 |  |
| 研究責任者（氏名・所属） |  |
| 研究代表者（氏名・所属） |  |
| 承認番号 | - |
| 承　認 日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 審査委員会名 |  |
| 侵襲 | □有り　　　　　□無し　　　□軽微な侵襲有り |
| 介入 | □有り　　　　　□無し  ⇒（U-MIN ID □有り□無し） |
| 人体取得試料 | □有り　　　　　□無し |
| 遺伝子解析への関連 | □有り　　　　　□無し |
| 添付資料 | ■審査結果通知書  ■研究計画書（西暦　　　　年　　月　　日、第　　版）  ■研究分担者リスト  □IC方法に関する文書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

臨床研究実施許可通知書

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　殿

上記の申請のあった臨床研究を実施することについて承知し、実施の許可をいたします。

JCHO群馬中央病院

院　長　　内藤　浩 （公印省略）