

臨床研究依頼書

実施医療機関の長
小倉記念病院 病院長 殿

臨床研究代表者

所属・職名：

氏 名：

印

臨床研究責任者

所属・職名：

氏 名：

印

下記の臨床研究を依頼いたします。

記

臨床研究課題名	
添付資料一覧	<input type="checkbox"/> 研究計画書 <input type="checkbox"/> 説明文書、同意文書 <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他（ ）
分担研究者 所属・氏名	
多施設共同研究の場合 (他施設の研究者の 所属・氏名)	
実施予定期間	承認日 ～ 西暦 年 月 日
後ろ向き研究の場合 対象期間	西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日
当院での予定症例数	例

西暦 年 月 日

臨床研究審査委員会 委員長 殿

上記の臨床研究について審査を依頼いたします。

実施医療機関の長

小倉記念病院 病院長