西暦　　　　年　　月　　日

研究申請承認書

研究責任（代表）医師

（所属）

（氏名）　　殿

実施医療機関の管理者

日本医科大学（医療機関名）病院　院長

申請のあった件について、下記のとおり承認します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究名称 |  |
| 所属受付番号 |  |
| 区分 | [ ] 　臨床研究に関する申請書（特定-様式１（　　　年　　月　　日付）） |
| [ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　年　　月　　日付） |
| 備考 |  |

添付資料一覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資料名 | 作成年月日（西暦） |  |
| [ ] 　利益相反状況確認報告書（様式D） | 年　　月　　日 |  |
| [ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　） | 年　　月　　日 |  |
| [ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　） | 年　　月　　日 |  |
|  | 年　　月　　日 |  |

以上