西暦　　　　 年　　 月　　 日

**研究実施許可申請書・実施許可書**

独立行政法人国立病院機構

九州医療センター院長　殿

研究責任者　 所　属：

職　名：

氏　名：

申請していた臨床研究の審査結果を下記の通り報告いたします。

研究実施の許可を申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 審査事項・審査結果等 | 審査結果通知書（西暦　　　　年　　　月　　日付）の通り。 |
| 備考 |  |

西暦　　　　 年　　 月　　 日

研究責任者

所　属：

職　名：

氏　名：　　　　　　殿

上記臨床研究に関して、下記の通り決定しましたので通知いたします。

独立行政法人国立病院機構

九州医療センター　院　長

（押印省略）

記

|  |  |
| --- | --- |
| 当院における  実施可否 | 可  不可  理由 |