|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 区分 | [ ]  特定臨床研究　 [ ]  非特定臨床研究 |
| [ ]  医薬品 [ ]  医療機器 [ ]  再生医療等製品 |

信州大学参考様式５

**臨床研究実施許可通知書**

　（西暦）　年　月　日

研究責任（代表）医師

　　　　殿

実施医療機関

○○病院　病院長　　　　印

依頼のあった件についての判定結果を下記のとおり通知いたします。

　　　　　　　　記

|  |  |
| --- | --- |
| **研究の名称** |  |
| **申請区分** | [ ]  新規申請　[ ]  変更申請　 |
| **jRCT番号**（厚生労働大臣届出前は不要） |  |
| **実施医療機関における****承認番号** |  |
| **研究責任医師** | 氏名 |  |
| 所属部署/職名 |  |
| **研究代表医師**（多施設共同研究の場合に記載） | 氏名 |  |
| 所属施設名 |  |
| 所属部署/職名 |  |
| **判定結果** | [ ] 承認　　　　　　[ ] 不承認 |
| **備考**（「承認」以外の場合の理由等） |  |