|  |  |
| --- | --- |
| 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４

**臨床研究実施許可依頼申請書**

　申請日（西暦）　年　月　日

実施医療機関名

信州大学医学部附属病院　病院長　殿

研究責任医師

（氏名）

下記の臨床研究について、別紙のとおり提出いたします。

　　　　　　　　記

|  |  |
| --- | --- |
| **研究の名称** |  |
| **申請区分** | [ ]  新規申請　[ ]  変更申請　 |
| **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 |  |
| **備考** |  |