西暦　　　年　月　日

実施医療機関における臨床研究の実施承認願

□　公立大学法人横浜市立大学附属病院　病院長　殿

□　公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター　病院長　殿

研究責任医師

（氏名）

下記の臨床研究審査委員会で承認された臨床研究について、当院における当該臨床研究の実施の承認をお願いいたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 臨床研究　　　　　　　実施計画番号＊1 |  | | |
| 臨床研究課題名 |  | | |
| 統括管理者 |  | | |
| 臨床研究審査  委員会名 | 公立大学法人横浜市立大学臨床研究審査委員会 | | |
| 審査結果通知日 | 西暦　　年　月　日 | 臨床研究審査  委員会整理番号 | CRB |
| 報告資料  ＊統一書式４の承認書類の通りであれば記載不要 | □ 審査結果通知書（写：統一書式4）  資料：□統一書式４の通り  　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）  □施設用書類　（　□同意説明文書（　　　年　　月　　日、第　版　）　　　）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 備考 |  | | |

西暦　　年　月　日

実施医療機関における臨床研究の実施承認通知書

研究責任医師　　　　　殿

　当院における実施の承認願のあった臨床研究について、以下のとおり決定しましたので通知します。

|  |  |
| --- | --- |
| 決定内容＊2 | 承認　　条件付き承認　  不承認 |
| 備考＊3 |  |

□　公立大学法人横浜市立大学附属病院　病院長

□　公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター　病院長