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 |  |
| 研究代表医師\* |  |
| 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＊3 | [ ]  承認　　[ ] 条件付き承認　 [ ]  不承認 |
| 備考＊4 |  |

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