様式第１－２号

**審査申請書（医療行為等）**

令和　年　月　日

兵庫県立尼崎総合医療センター院長　　様

申請者　　所　属

　　　　　職　名

氏　名　　　　　　　　　　　　印

部署長　　職　名

氏　名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　病棟看護師長　　氏　名　　　　　　　　　　　　印

（必要に応じて記名、押印）

受付番号　　　―

|  |  |
| --- | --- |
| 審　査　対　象 | □ 医療行為□ 高難度新規医療技術の実施□ その他 |
| 申 請 事 項 名 |  |
| 申請の目的・概要 | 必要に応じて意思決定支援者、患者・意思決定支援者の病状に関する理解度と希望も記載 |
| 根拠となる論文等 |  |
| 添　付　資　料 | □ 治療計画書 □ 同意説明文書（必要に応じて）アセント文書・高難度新規医療技術ではない場合□ 医療行為の申請時チェックリスト・高難度新規医療技術の場合□ (様式1-2別紙)高難度新規医療技術の概要等 |
| 備　　　　　考 |  |

令和　　年　　月　　日

兵庫県立尼崎総合医療センター倫理委員会委員長　様

上記事項についての審査を付託します。

兵庫県立尼崎総合医療センター院長