様式第７号

**特定臨床研究実施許可申請書**

令和　　年　　月　　日

兵庫県立尼崎総合医療センター院長　　様

研究責任医師

所　属

氏　名：　　　　　　　　　　　印

部署長

氏　名：　　　　　　　　　　　印

受付番号　　　―

下記の特定臨床研究の実施について申請いたします。当該臨床研究を実施するにあたっては、臨床研究法、関連通知及び研究実施計画書を遵守いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床研究課題名 |  |

添付資料

・認定臨床研究審査委員会の承認通知書

・研究計画書

以上