様式第８号

**特定臨床研究実施許可通知書**

診療科

研究責任医師　　　　　　　　　殿

部署長　　　　　　　　　　　　殿

以下の特定臨床研究について、実施を許可いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床研究課題名 |  |

令和　　年　　月　　日

兵庫県立尼崎総合医療センター

院長