西暦　　　　年　　月　　日

臨床研究に関する承認書

研究責任医師

（所属）

（氏名）　　殿

実施医療機関の管理者

日本医科大学（医療機関名）病院　院長

下記のとおり、実施許可申請・報告のあった特定臨床研究について、これを承認します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究名称 |  | | | |
| 所属受付番号 |  | jRCT番号 |  | |
| 区分 | 臨床研究に関する実施許可申請・報告書（特定-様式2） | | | （　　年　月　日） |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | （　　年　月　日） |
| 備考 |  | | | |