

様式3

西暦 年 月 日

受託研究審査依頼書

独立行政法人 国立病院機構
東広島医療センター
受託研究審査委員会委員長 殿

独立行政法人 国立病院機構
東広島医療センター 院長 印

下記の審査事項について、受託研究審査委員会の審査をお願いします。

記

審査事項	<input type="checkbox"/> 受託研究の実施の適否 <input type="checkbox"/> 受託研究実施計画書等改訂の適否 <input type="checkbox"/> 重篤な副作用に関し研究の継続の適否 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

研究依頼者			
試験薬	商品名	(一般名)	
研究課題名	研究実施計画書No. ()		
研究実施予定期間	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月		
研究担当医師	氏名 (所属・職名)		