# 西暦　　年　　月　　日

# 受託研究審査結果通知書

独立行政法人国立病院機構

四国こどもとおとなの医療センター　院長　殿

名　称：独立行政法人 国立病院機構

四国こどもとおとなの医療センター

受託研究審査委員会

所在地：香川県善通寺市仙遊町2丁目1番1号

委員長：東野　恒作　印

審査依頼のあった件についての審査結果を下記のとおり通知いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研究依頼者 |  | |
| 試験品  商品名/一般名 |  | |
| 研究課題名 |  | |
| 研究実施計画書番号 |  |
| 審 査 事 項 | □研究の実施の適否　（受託研究審査依頼書（西暦　　年　　月　　日付様式3））  □研究の継続の適否  　□重篤な副作用等に関する報告書  　　（□研究用試料による重篤な副作用発生報告書（西暦　年　月　日付様式9））  　□研究に関する変更  　　（□受託研究に関する変更申請書（西暦　年　月　日付様式7）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 委員会審査日 | 西暦　　年　　月　　日 | |
| 審 査 結 果 | □承認　　□条件付き承認　　□却下　□既承認事項の取り消し　　　□保留 | |
| 「承認」以外の  場合はその理由 |  | |
| 備考 |  | |

西暦　　　　年　　月　　日

研究依頼者　 （名称）　　　殿

研究責任医師　（氏名）　　　殿

依頼のあった審査事項について上記のとおり決定しましたので通知いたします。

独立行政法人国立病院機構

四国こどもとおとなの医療センター 院長　　印