

受付番号	
------	--

西暦 年 月 日

医師主導臨床研究審査結果通知書

(他の研究機関が審査を依頼する場合)

研究機関名：
研究責任医師 殿

群馬大学医学部附属病院臨床研究審査委員長

以下の研究機関から審査申請のあった臨床研究について、群馬大学医学部附属病院臨床研究審査委員会で審査され、下記のとおり決定したので通知します。

研究機関名： _____
管理者名 _____

記

1. 臨床研究課題名				
2. 研究実施体制	研究責任医師	氏名：	所属部局・診療科名：	職名：
	研究分担医師	氏名：	所属部局・診療科名：	職名：
		氏名：	所属部局・診療科名：	職名：
		氏名：	所属部局・診療科名：	職名：
3. 臨床研究期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日			
4. 予定研究対象者数	研究全体 名 研究機関において 名			

