

臨床研究に関する指示・決定通知書

《臨床研究機関名》

《臨床研究機関の長》 殿

臨床試験支援センター

理事長

氏名 _____ 印

平成 年 月 日に申請のあった研究について、下記のとおり決定したので通知します。

記

受付番号			
研究薬等の名称	一般名		
研究課題名			
研究責任者			
研究分担者の 所属・職名及び 氏名			
予定症例数	例		
研究実施予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
指示・決定の内容	審査事項	<input type="checkbox"/> 研究の実施の可否 <input type="checkbox"/> 研究の継続の可否 <input type="checkbox"/> 研究の変更の可否 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	決定事項	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 条件付承認 <input type="checkbox"/> 変更の勧告 <input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/> 不該当 <input type="checkbox"/> 保留	
	指示事項及び 理由・条件等		
備考	回答書の提出の要否 [<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否]		

審査結果に異議のある場合は、2週間以内に文書で申し出ること。