（別紙様式1）

受付番号：

令和　年 　月 　日

国立大学法人弘前大学

総合臨床研究審査委員会委員長　殿

研究責任医師 機関名：

部署・職名：

氏名：

弘前大学総合臨床研究審査委員会審査依頼書

下記の課題の実施計画について、（貴学の）臨床研究審査委員会の審査を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １．研究課題名 |  |
| ２．申請区分 | □新規 □変更（受付番号： ）  □疾病等報告 □定期報告 |
| ３．特定臨床研究の有無 | ■該当 □非該当 |
| ４．担当者連絡先 | 氏名：  所属・職名：  電話： e-mail： |
| ５．事務担当者連絡先  ※必要に応じて記載 | 氏名：  所属・職名：  電話： e-mail： |
| ６．備考 | 臨床研究の中止の通知 |