|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

様式２

研究の実施許可申請書

　年　　月　　日

南奈良総合医療センター院長　殿

申請者　所　属

　　　　職氏名　　　　　　　　　　　　印

所属長　職氏名　　　　　　　　　　　　印

下記の研究について、実施を許可していただきますよう申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 課題名 |  |
| 予定研究期間 | 実施許可日　　～　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 研究責任（代表）者 | 研究機関名：職　氏　名： |
| 南奈良総合医療センターにおける研究責任者・分担者 | （研究責任者）所属・職氏名：（研究分担者）　所属・職氏名： |
| 審査委員会名 |  |
| 審査区分 | 　[ ] 　新規規申請　　　[ ] 　変更申請　　　[ ] 　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 審査委員会承認日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 審査委員会承認内容 | 　[ ] 　南奈良総合医療センター分を含めて承認が下りている　[ ] 　南奈良総合医療センター分は承認が下りていない**→この場合、実施許可申請はできません。** |
| 添付資料 | 　[ ] 　審査委員会の承認文書の写し　[ ] 　承認された審査書類一式　　　[ ] 　研究計画書　　　[ ] 　説明文書・同意書　　　[ ] 　情報公開文書　　　[ ] 　モニタリング・監査に関する手順書　　　[ ] 　説明文書・同意書　　　[ ] 　研究分担者リスト　　　[ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |