

様式5

平成 年 月 日

受託研究に関する指示・決定通知書

研究担当医師

殿

研究依頼者

殿

独立行政法人 国立病院機構
愛媛病院 院長 西村 一孝 印

下記受託研究について、以下のとおり決定しましたので通知します。

記

研究依頼者			
試験薬	商品名		(一般名)
研究課題名			
	研究実施計画書No. ()		
研究実施予定期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月		
研究担当医師	氏名 (所属・職名)		

指示・決定の内容	事項	<input type="checkbox"/> 研究の実施の適否 <input type="checkbox"/> 研究実施計画書改訂の適否 <input type="checkbox"/> 重篤な副作用に関し研究の継続の適否 <input type="checkbox"/> その他 ()
	取扱い	<input type="checkbox"/> 了承 <input type="checkbox"/> 修正の上で了承 <input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/> 既了承事項の取り消し <input type="checkbox"/> 保留
	「取扱い」の条件・理由等	
	備考	添付資料：受託研究審査結果通知書 (様式4) の (写)