

受付番号	*
------	---

臨床研究異議申立書

20 年 月 日

神戸薬科大学

学長 様

研究責任者

所 属

職名・氏名

印

所 属 長

職名・氏名

印

下記について、(20 年 月 日付)臨床研究審査結果通知書につき、審査結果に異議がありますので、別に関係資料を添付した上で、再審査を申請いたします。

記

1. 受付番号
2. 研究課題名
3. 研究責任者 所属 職名 氏名
印
4. 異議申立の内容
5. 異議申立の理由 [別に、異議申立の根拠となる資料を添付すること。根拠資料は詳細具体的に記載すること。]

備考 *印欄には記入しないこと。