

様式第9号

臨床研究異議申立結果通知書

20 年 月 日

研究責任者 様
所属長 様

神戸薬科大学
学長

印

受付番号			
研究課題			
研究責任者	所属	職名	氏名

先に再審査の要請がありました上記研究課題に係る臨床研究異議申立書について、下記のとおり決定しましたので、通知します。[なお、決定内容及びその理由の詳細については、別に添付しました回答書を参照してください。]

記

1. 再審査の決定内容
2. 上記決定内容の理由 [なお、詳細については、別に添付しました回答書を参照してください。]