

(様式第7号)

(研究責任者と所属長が同一人の場合は、所属長欄は空欄とする)

受付番号	*
------	---

研究異議申立書

20 年 月 日

神戸薬科大学長殿

研究責任者
所 属
職名・氏名 印
電話番号
E-mail:

所 属 長
職名・氏名 印

下記(20 年 月 日付)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
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。