

(様式第 10 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	*
------	---

研究事故報告書

20 年 月 日

神戸薬科大学長殿

研究責任者
所 属
職名・氏名 印

所 属 長
職名・氏名 印

本研究における事故について、下記のとおり報告いたします。

記

1. 承認番号
2. 研究課題名
3. 研究責任者 所属 職名 氏名 印
4. 研究の予定期間及び事故発生の日付 [研究の予定期間] 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 [事故発生の日付] 20 年 月 日
5. 本研究における事故の内容及び当該事故に対する対処の内容 [別に、当該事故及びその対処の内容につき詳細な報告書を作成し、添付すること。]
6. その他

備考 *印欄には記入しないこと。