|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 香川大学様式(4) | 整理番号 |  |

西暦　　　　年　　月　　日

該当性判断依頼書

認定臨床研究審査委員会

香川大学医学部附属病院

臨床研究審査委員会　委員長　殿

申請者

（医療機関名）

（所属・職名）

（氏名）

下記の臨床研究の特定臨床研究の該当性について、審査を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究名称 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 提出資料 | □研究の内容が確認できる資料 |
| □医薬品等の概要を記載した書類 |
| □その他 |
| 備考 |  |

注）本書式は申請者が作成し、認定臨床研究審査委員会 委員長に提出する。