様式1

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 区分 | □特定臨床研究　□非特定臨床研究□生命科学・医学系研究 |

西暦　XXXX年　XX月　XX日

研究実施許可願の申請書

研究機関の長

鹿児島大学病院長

坂　本　泰　二　殿

鹿児島大学桜ヶ丘地区の研究責任（医師）者

所属・職名：○○・○○

氏名：○○

下記の研究を実施するにあたり実施の可否について、承認を伺いたく提出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 | ○○ |
| 研究責任（医師）者 | 所属・職名：○○・○○氏名：○○ |
| 研究実施予定期間 | XXXX年XX月XX日　～　XXXX年XX月XX日 |
| 予定症例数 | XX症例 |

1. 鹿児島大学桜ヶ丘地区の研究責任（医師）者は倫理審査委員会あるいは認定臨床研究審査委員会より「承認」の連絡を受けた後に、承認済の全書類一式を添付し提出すること。
2. 整理番号は臨床研究管理センターにて記載する項目となります。