

## 【 J-ACTOR 臨床試験 】

### 倫理(治験)審査委員会 結果連絡書

当院の倫理(治験)審査判定結果を以下の通り連絡します。

報告日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設名： \_\_\_\_\_

施設実施責任医師： \_\_\_\_\_ 印

### 【 J-ACTOR 臨床試験 】

・決定日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

・決定事項： 研究の実施可否

・審査結果：  承認する

修正の上で承認する

却下する

その他

(承認以外の場合の理由 \_\_\_\_\_ )

図書カードの取り扱い  可  不可 (いずれかを選択してください)

※施設の倫理(治験)審査委員会の判定結果通知書(写)を添付してください。

**FAX にてデータセンター（メディカル統計株式会社）宛に送付ください。**

**FAX 番号：03-5909-7072**