

様式 2

国立病院機構千葉東病院倫理審査委員会審査判定通知書

平成 年 月 日

所 属
職 名
申請者氏名 殿

国立病院機構千葉東病院長

受付番号 _____

課 題 名 _____

代表者名 _____

上記課題について、平成 年 月 日の倫理審査委員会において審査し、下記のとおり判定したので通知する。

記

判 定					
	承 認	条件付承認	不承認	非該当	継続審査
理 由					