|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＮＭＵ－G　（異議申立書） | 整理番号 |  |

西暦　　　　年　　月　　日

異議申立書

認定臨床研究審査委員会

奈良県立医科大学臨床研究審査会　委員長　殿

研究責任医師

（医療機関名）

（所属・職名）

（氏名）

貴審査会の審査結果に異議がありますので、再審査を依頼いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 臨床研究実施計画番号\*1 |  | | | | |
| 臨床研究課題名 |  | | | | |
| 異議のある審査結果 | 審査結果通知書（　　　　年　　月　　日付） | | | | |
| 【審査内容】 | | | | |
| □新規審査 | □変更審査 | | □定期報告 | |
| □疾病等報告又は不具合報告 | | □重大な不適合報告 | | □中止報告 |
| □その他（　　　　　 　　　） | | | | |
| 異議の理由　\*2 |  | | | | |
| 添付資料 |  | | | | |

以上

\*1：臨床研究実施計画番号はjRCT番号とし新規依頼時は記載しなくてよい。

\*2：可能な限り詳細に記載すること。