西暦　　　　　　年　　　月　　　日

委任状

特定非営利活動法人治験ネットワーク福岡

臨床研究審査委員会委員長　殿

研究責任（代表）医師

（医療機関名）

（所属・職名）

（氏名）

下記の研究において，　　　　年　　　　月　　　日に開催される臨床研究審査委員会の審査に　　　おける研究説明およびこれに伴う一切の件を　　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め，権限を委任します．

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究名称 |  |