西暦　　　　　　年　　　月　　　日

異議申立書

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）

年　　　月　　　　日付「審査結果通知書」につき

異議申立し、臨床研究審査委員会による再度の審査を求めます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究名称 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 通知された結果 | □不承認□継続審査 |
| 内容 |  |
| 異議申立事項 |  |
| 理由等 |  |