|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | ＊ |

研究倫理審査異議申立書

（西暦）　　　年　　　月　　日

日本地域薬局薬学会会長殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（研究責任者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 属：

職 名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名：　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail：

　下記（（西暦）　　年　　　月　　　日付）研究審査結果通知書につき、審査結果に異議がありますので、別に関係資料を添付した上で、再審査を申請いたします。

記

|  |
| --- |
| 1．受付番号 |
| 2．研究課題名 |
| 3．研究責任者［所属（研究機関名）、職名、氏名］ |
| 4．異議申立の内容 |
| 5．異議申立の理由  ［異議申立の根拠となる資料を添付すること。根拠資料は詳細具体的に記載すること。］ |

備考　＊印欄には記入しないこと。