西暦　　　　年　　月　　日

臨床研究分担者氏名リスト（□新規　□変更）

実施医療機関の長

医療法人 泯江堂 三野原病院 院長 殿

研究責任者

（所属）

（氏名）　　　　　　　 ㊞

臨床研究の実施について、下記に示す者を研究分担者として申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 所属又は職名 | 備　考 |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |