



(様式2)

医師主導治験支援承認通知書

見本

令和 年 月 日

殿

医師主導治験支援審査会 審査委員長

貴殿の医師主導治験支援に対する申請を承認します。

<承認された研究>

所属(診療科名)	
実施責任医師名	
主機関	横浜市立大学附属病院
共同研究医療機関	
研究の名称	
対象疾患名	