医師主導治験（終了・中止）承認通知書

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（終了・中止）に係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  |   |
| 実施期間 | 　令和　　年　　月　　日から　令和　　年　　月　　日迄 |
| 終了・中止の理由 |  |