

## 臨床研究審査結果通知書

西暦 年 月 日

医療法人社団 健育会  
湘南慶育病院 院長 殿

医療法人社団 健育会  
湘南慶育病院 倫理審査委員会 委員長

審査依頼のあった件について、審査結果を下記のとおり通知いたします。

### 記

| 受付番号               | 承認番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 臨床研究の名称<br>(研究課題名) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 審査事項               | <input type="checkbox"/> 臨床研究の実施の適否 (倫理審査 (新規) 申請書 (西暦 年 月 日付))<br><input type="checkbox"/> 臨床研究の継続の適否<br><input type="checkbox"/> 臨床研究に関する変更<br>(倫理審査 (変更) 申請書 (西暦 年 月 日付))<br><input type="checkbox"/> 継続審査<br>(臨床研究の実施状況報告書 (西暦 年 月 日付))<br><input type="checkbox"/> 重篤な有害事象等<br>(重篤な有害事象および不具合に関する報告書 (西暦 年 月 日付))<br><input type="checkbox"/> 安全性情報等<br>(安全性情報等に関する報告書 (西暦 年 月 日付))<br><input type="checkbox"/> 臨床研究の指針不適合<br>(臨床研究の倫理指針不適合等に関する報告書 (西暦 年 月 日付))<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 審査区分               | <input type="checkbox"/> 委員会審査 (審査日: 西暦 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 迅速審査 (審査終了日: 西暦 年 月 日)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 審査結果               | <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 条件付で承認 <input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/> 既承認事項の取り消し <input type="checkbox"/> 保留                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 「承認」以外の<br>場合の理由等  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

### 申請者 (研究責任者)

所属:  
職名:  
氏名:

殿

申請のあった臨床研究 (課題) について上記のとおり決定いたしましたので通知いたします。なお、条件付き承認の場合は、この通知書を受領してから 2 週間以内に修正した書類を提出してください。承認の条件が満たされたと認められた場合に、承認条件確認通知書が交付されます。

医療法人社団 健育会  
湘南慶育病院 院長

## 臨床研究審査結果通知書 (承認条件確認通知書)

西暦 年 月 日

医療法人社団 健育会  
湘南慶育病院 院長 殿

医療法人社団 健育会  
湘南慶育病院 倫理審査委員会 委員長

年 月 日開催の倫理委員会で審議の結果、条件付き承認となった下記臨床研究(課題)について、修正等の条件が満たされましたので、最終的な承認とします。

記

| 受付番号               | 承認番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 臨床研究の名称<br>(研究課題名) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 審査事項               | <input type="checkbox"/> 臨床研究の実施の適否 (倫理審査 (新規) 申請書 (西暦 年 月 日付))<br><input type="checkbox"/> 臨床研究の継続の適否<br><input type="checkbox"/> 臨床研究に関する変更<br>(倫理審査 (変更) 申請書 (西暦 年 月 日付))<br><input type="checkbox"/> 継続審査<br>(臨床研究の実施状況報告書 (西暦 年 月 日付))<br><input type="checkbox"/> 重篤な有害事象等<br>(重篤な有害事象および不具合に関する報告書 (西暦 年 月 日付))<br><input type="checkbox"/> 安全性情報等<br>(安全性情報等に関する報告書 (西暦 年 月 日付))<br><input type="checkbox"/> 臨床研究の指針不適合<br>(臨床研究の倫理指針不適合等に関する報告書 (西暦 年 月 日付))<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |

### 申請者 (研究責任者)

所属:

職名:

氏名:

殿

申請のあった臨床研究(課題)について上記のとおり決定いたしましたので通知いたします。

医療法人社団 健育会  
湘南慶育病院 院長