

(様式3)

受付番号	
通知日	

倫理委員会審査判定通知書

申請者(研究責任者)

所属

職名

氏名

殿

独立行政法人国立病院機構

広島西医療センター 院長 印

課題名	
-----	--

研究 代表者	所属	
	職名	
	氏名	

令和 年 月 日付で審査申請があった上記課題については、次のとおり判定したので通知する。

判定	
----	--

理由	
----	--