

(様式5)

受付番号	
通知日	

倫理審査承認事項変更可否通知書

申請者

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	
-----	--

令和 年 月 日付で申請のあった承認事項変更願について、次のとおり決定したので通知する。

判定	
----	--

理由	
----	--