

# 判定結果通知書

令和 年 月 日

研究責任者

科 様

新潟市民病院

院長 大谷 哲也 印

申請のありました [ 実施 計画 利益相反 ] について、下記の通り判定しましたので通知します。

課題名等	受付番号 ー						
判定結果	<table><tr><td><input checked="" type="checkbox"/>承認</td><td>条件付承認</td><td>変更の勧告</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>不承認</td><td>非該当</td><td></td></tr></table>	<input checked="" type="checkbox"/> 承認	条件付承認	変更の勧告	<input type="checkbox"/> 不承認	非該当	
<input checked="" type="checkbox"/> 承認	条件付承認	変更の勧告					
<input type="checkbox"/> 不承認	非該当						
条件または変更・不承認の理由							