所属責任者の承認書

　　年　　月　　日

医学部附属病院長　殿

高難度新規医療技術担当部門長　殿

未承認新規医薬品等担当部門長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　所属責任者　所属

職名

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の診療等の実施に関して，審査の申請をすることを承認します。

記

計画名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療実施責任者 | 所属・職名 |  |  |
| 氏　名 |  | 印 |
| 内線・PHS |  | |
| e-mail |  | |