西暦 年 月 日

異 議 申 立 書

神戸大学医学部附属病院長　殿

神戸大学医学部附属病院 介入研究倫理審査委員会　委員長 殿

 臨床研究責任者

 所属

 氏名

西暦 年 月 日付けの委員会審査結果に異議がありますので、再審査を要請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 課題名 |  |
| 異議申立の理由※根拠となる資料を添付する事 |  |

以上