|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号 | （事務局記入欄）　　　　　　　　 |

　年　　月　　日

**倫理審査申請書**

（　医　療　倫　理　）

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館　館長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属 |  |  |
| 所属長名 |  | 印 |
| 申請者名 |  | 印 |

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館倫理規則に基づき、以下のとおり申請いたします。

１　件名

|  |
| --- |
|  |

２　対象者

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名 |  |
| 性別・年齢 |  |
| 治療背景（検査内容など） |  |

３　倫理的問題点

|  |
| --- |
|  |