

受付番号: _____

【様式 5】

(西暦) 年 月 日

倫理審査報告書

(研究責任者) 様

岩手県薬剤師会
臨床研究倫理審査委員会
委員長

依頼のありました研究の倫理審査について、下記の結果となりました。

記

承認番号	
研究題名	
審査結果	1. 承認 2. 不承認 3. 継続審査 4. 停止 (研究の継続には更なる説明が必要) 5. 中止 (研究の継続は適当でない) 6. 非該当
備考	

以上

2023年4月1日改訂版