**利益相反審査結果通知書**

（西暦）年 　月 　 日

申請者　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　京都第一赤十字病院利益相反審査部会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部　会　長　　沢田　尚久

受付番号

|  |  |
| --- | --- |
| 課題名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療行為者名（主） |  |  |
| 医療行為者名（分担） |  |  |
| 医療行為者名（分担） |  |  |
| 医療行為者名（分担） |  |  |

　上記 実施計画を　（西暦）年 　月　日の部会で確認、審査した結果、下記のとおり判定したので通知します

記

|  |  |
| --- | --- |
| 判　定 | **承　　認** |
| 条件又は変更あるいは不承認の理由 |  |