**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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 院長　大辻　英吾

受付番号

|  |  |
| --- | --- |
| 課題名 |  |

〈特定臨床研究　・　中央一括審査〉（〇で表示）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所属・職名 | 氏名 |
| 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） |  |  |

　上記研究において利益相反自己申告書が、院内における利益相反情報に照らして、相違ないことを確認したので下記のように通知します。

記

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