|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 (山形県薬記入) |  |

 **(様式1-1)**

（研究責任者　→　山形県薬剤会会長　→　研究倫理審査委員会）

**研究倫理審査申請書**

(西暦) 　　 　　　　年　　月　　日

一般社団法人 山形県薬剤師会 会長　　殿

研究倫理審査委員長　　　　　　　 　殿

申請者（研究責任者）

研究機関

職　名

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　下記の研究につき、倫理審査を申請致します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １.研究課題名 |  |
| 2.研究責任者（申請者） | （氏名） | （研究機関の名称） | （職名） | （連絡先）TEL；FAX；E-mail； |
| 3.研究の目的及び実施計画の概要 |  |
| 一般社団法人山形県薬剤師会会長　確認 | 印 | 研究倫理審査委員長　確認 | 印 |
| 通知年月日（記載不要） | 西暦　　　　　　　　年　　　月　　　日 | 承認番号 | 審査区分： |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2022年3月27日改訂版