

年 月 日

再 審 査 結 果 通 知 書

申請者 様

岐阜市民病院
病院長

受付番号 _____

研究等計画名 _____

年 月 日付けで再審査申立てのあった、上記研究等計画について、
年 月 日の委員会で再審査した結果、下記の通り決定したので通知します。

記

判 定	承 認	条件付承認	変更の勧告	不承認	非該当
(条件又は理由)					