西暦　　　　年　　月　　日

研究実施の適正性等に関する報告書

愛媛大学医学部附属病院病院長　殿

所属

研究責任者

研究実施の適正性若しくは研究結果の信頼を損なう事実若しくは情報、若しくは損なうおそれのある情報を下記のとおり報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 （承認番号） |  |
| 研究課題名 |  | | |
| 研究代表者名 （研究組織名） |  | | |
| 事実若しくは情報  の内容 |  | | |
| 添付資料 |  | | |