

受付番号 第 号
平成 年 月 日

再 審 査 申 請 書

福井大学医学部長 殿

申請者

所 属

職 名

氏 名

印

申請者の所属講座各領域又は診療科等の長の承認

所 属

職 名

氏 名

印

審査結果通知年月日・番号 ; 平成 年 月 日 第 号

課 題 名 ;

主任研究者名 ;

平成 年 月 日付けの福井大学医学部倫理審査委員会の審査判定結果に異議がありますので、下記のとおり再審査を申請します。

記

1 異 議

2 理 由 (資料を添付すること。)