異議申立書

西暦　　年　　月　　日

愛知県がんセンター病院長殿

研究実施責任医師

　　（氏名）　　　　　　　　印

西暦　　　年　　月　　日付け受託研究審査委員会の通知書による決定について、再度の審査を求めます。

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 研究依頼者 |  |
| 決定通知の内容 |  |
| 異議申し立て内容 |  |
| 理由 |  |