様式１

※受付番号

研　究　倫　理　審　査　申　請　書

令和　　年　　月　　日

公益社団法人山梨県看護協会

会長　　　　　　　　　　殿

|  |
| --- |
| 申請者（研究代表者）　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 山梨県看護協会会員番号 |
| 所属施設　 |
| 施設名 |  | 部署名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | ( ) ※可能であれば直通番号を記載 |
| E-mail |  ※使用頻度の高いアドレスを記載 |
| 共同研究者　　　　　　　　　　　　　　 ※記載欄不足の場合、用紙をコピーして記載 |
| 氏名 |  | 所属施設名 |  |
| 氏名 |  | 所属施設名 |  |
| 氏名 |  | 所属施設名 |  |
| 氏名 |  | 所属施設名 |  |
| 氏名 |  | 所属施設名 |  |
| 氏名 |  | 所属施設名 |  |
| 氏名 |  | 所属施設名 |  |
| 氏名 |  | 所属施設名 |  |
| 課題名 |
| 審査を希望する理由 |

※印は記載しないこと