

受付番号	
------	--

臨床研究施設利用報告書

年 月 日

静岡県立大学附属臨床研究施設運営委員会委員長 殿

(申請者) * 研究代表者

所属・職名

氏 名

印

研究倫理審査 委員会	受付番号									
	承認番号									
研究 課題名										
共同 研究者 氏名	※共同研究者の氏名（臨床研究施設運営委員会委員等である医師の氏名を記入願います。）									
実際に 利用した 日時	年	月	日	時	分	～	時	分	利用スペース	A B C D
	年	月	日	時	分	～	時	分	利用スペース	A B C D
	年	月	日	時	分	～	時	分	利用スペース	A B C D
	年	月	日	時	分	～	時	分	利用スペース	A B C D
	年	月	日	時	分	～	時	分	利用スペース	A B C D
	年	月	日	時	分	～	時	分	利用スペース	A B C D
	年	月	日	時	分	～	時	分	利用スペース	A B C D
事故・有害事象等の有無（ 有 ・ 無 ） （有の場合、その内容、対処を簡潔に記載してください）										
その他特記事項										
※委員会記入欄										

注1：申請書に記載いただきました内容については、施設運営のため連絡に使用する以外には、一切使用いたしません。

注2：事故・有害事象等が発生した場合、事故等報告書式も併せて提出してください。

注3：利用日時欄が不足する場合は、別紙にすべての利用期間を記入して添付してください。