**言語聴覚療法臨床研究会**

**研究倫理審査申請書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | 所属施設（職名） |  | ふりがな氏名 |  |
| 連絡先 | 住所 | 〒 |
|  |
| TEL | ( 　　 ) 　　 － |
| 携帯 | ( 　　 ) 　　 － |
| e-mail |  |
| 貴施設の研究倫理委員会 | 　　　　　　１）　　有　　　　　　２）　　無 |
| １）に○をつけた場合　本協会に倫理審査を申請した理由を書いてください |
| その他 |  |
| **施設長または所属長の自署** |  |

受付番号（　　　　　　　　　　　　　）

受領日　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日