様式４

異議申立て書

　　年　　月　　日

東京医科歯科大学

難治疾患研究所長　殿

研究責任者　　所属・職名

氏　　　名

　　　年　　　月　　　日付けの下記の審査結果に対して異議がありますので、再審査を要請致します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 委員会 | 難治疾患研究所倫理審査委員会 |
| 審査年月日 | 年　　月　　日 |
| 受付番号 |  |
| 課題名 |  |
| 異議申立て理由 | ※資料を添付すること。 |