

様式 55 (先端医療センター病院長→実施医療機関の長)

年 月 日

修正確認通知書

(治験実施医療機関)

様

先端医療センター
病院長 西尾 利一 印

承認条件に基づき修正した資料について、先端医療センター治験審査委員会の
確認結果を通知します。

治験課題名	
確認結果	添付の「治験実施計画書等修正確認書」参照