

年 月 日

長野県立こども病院臨床試験支援室長（統括管理責任者） 殿

異議申立てを行う者（通報者又は被通報者）

（所属）

（住所）

（氏名）

印

異 議 申 立 書

長野県立こども病院の研究活動における不正行為の防止等に関する規程第23条第6項に基づき、長野県立こども病院が 年 月 日 第 号により通報者（被通報者）に通知した調査委員会委員に関する事項について、下記のとおり異議申立てを行います。

記

1 上記通知を受けた日（上記通知があったことを知った日） 年 月 日

2 異議申立ての趣旨

3 異議申立ての理由

4 添付書類（別添参照）

※異議申立てを行う者の身分を証明する書類の写しを添付すること。

備考

1. 異議申立てを行うことができる期間は、上記通知を受けた日（上記通知があったことを知った日）から起算して14日以内とする。
2. 異議申立てを行う者が、法人その他社団・財団等の団体である場合は、所属の欄に異議申立てを行う団体の名称を、住所の欄に事務所の所在地及び代表者の住所の双方を、氏名の欄に代表者の氏名をそれぞれ記入し、代表者が捺印すること。
3. 異議申立ての趣旨及び異議申立ての理由の欄は、できるだけ詳細に記入することとし、この様式中に記入しきれない場合に限り「別紙参照」と記入した上で、別紙を用いて記入することができる。