様式第６号　　　　　　　　　　　　　　　　　 西暦　　　　年　　月　　日提出

**異　議　申　立　書**

日本脳神経外科学会理事長　殿

実施責任者　（和文表記）　　　　　　　　　　印（英文表記）

医療機関名・職名

会員番号　　　　　　　　所属支部　　　　　　　　　　　　専門医番号

電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号：

E-mailアドレス：

下記の課題について、平成　年　月　日付けの貴研究倫理審査委員会の審査結果に異議がありますので、再審査を要請いたします。

○課題名：

○受付番号：　　　　　　　　　　　（以前の審査結果通知書に記載されております。）

○当該審査結果通知書番号

○異議の内容・理由（適宜、根拠となる資料を添付してください）