（元号）　　年　　月　　日

（様式第２号）

千葉大学医学部附属病院臨床試験部臨床研究データセンター利用料　免除申請書

臨床試験部長　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　　　　　　属：

研究担当責任者氏名：　　　　　　　　㊞

千葉大学医学部附属病院臨床試験部臨床研究データセンター利用料について、以下の理由により免除申請をしますので、よろしくお取り計らい願います。

記

１．免除申請理由

２．免除額（いずれかにチェックをお願いします。）

□　全　額　　　□　一　部　（免除申請額：　　　　円）

----------------------------以下事務処理使用欄--------------------------

（元号）　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床研究推進本部　審議年月日 | 備　　考 |
|  |  |