令和　　年　　月　　日

大学院医歯薬学総合研究科長　殿

研究責任者

所　　　属

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　印

倫理審査手数料の支払経費について

　このことについて，申請課題についての支払経費等は下記のとおりですので，よろしくお取り計らい願います。

記

1. **研究課題名**
2. **倫理審査手数料支払経費**（名称及びコードを所属部局予算事務担当者に確認の上，記入してください。ご記入ください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 名称等 | コード |
| 財　　源 |  |  |
| 所　　管 |  |  |
| 目　　的 |  |  |

※支払経費は部局等運営費（大学から教員へ配分される学生経費，教育経費等）でお願いします。

**予算事務担当者連絡先**

所属・職名・氏名：

　　　内線番号：

　　　E-mail：

※　医歯薬学総合研究科において徴収する審査手数料は，以下の表のとおりです。徴収は，倫理委員会の審査を受けた翌月に行います。

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 審査手数料 |
| 新規申請 | 10,000円 |
| 変更申請  ※但し，迅速審査の場合を除く。 | 5,000円 |