　　　（様式第５号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　岩手県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

遷延性意識障がい者治療研究事業中止届

　　　　　　　　遷延性意識障がい者治療研究事業について、次により中止したいので届け出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 対  象  患  者 | 承認番号 |  | | | | |  |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男・女 |
| 住　　所 |  | | | | |
| 中止の理由 | |  | | | | |
| 中止年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | |