（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 |