

## 異議申立書

医療法人 城内会 理事長（最高管理責任者）殿

※ 異議申立ての根拠を示す資料を添えて提出してください。

\* 必須項目

異議申立日*	20      年      月      日
認定結果の通知番号 (最高管理責任者からの調査結果に関する通知に記載されている番号を記載してください)	
氏名* (匿名をご希望の場合はその理由をご記入ください)	
所属	
住所（研究機関外の方）	
役職・学年（研究機関内の方）	
電話番号	
e-mail アドレス	
異議の内容* (1000字以内を目途に、要点を簡潔にご記入ください。必要に応じて用紙を付け足して下さい。)	

- 上記にご記入いただいた情報は、医療法人 城内会における公的研究費等の不正防止に係る通報窓口である総務課が管理し、相談・通報の受付と対応の目的にのみ使用いたします。
- 匿名をご希望の場合は、その理由により受けませんが、十分な対応ができない可能性がありますので、予めご了承ください。
- 氏名をご記入いただいた場合でも、電話番号またはe-mailアドレスのご記入がない場合、十分な対応ができないことがあります。

受理日	
-----	--