平成　年　月　日

岩手医科大学医学部長

医学部倫理委員会委員長　殿

緊急を要する治療の実施について（緊急審査のお願い）

以下の実施治療名（手技）実施に際し、保険適用外であり、○○○○○のため（倫理審査を求める理由を記載）倫理委員会での承認が必要となります。

なお、本治療を強く希望する患者が○名おり、○月中には治療を実施したいため、緊急審査にて審査していただきたくお願いする次第でございます。（可能でございましたら、○月○日までに審査していただければ幸甚です。）

お忙しい中誠に恐れ入りますが、何卒よろしくお願いいたします。

なお、本治療を実施するにあたり、本学病院事務部（医務課・医事課）に確認し、了解を得ておりますことを申し添えます。

実施治療名：○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 講座名

職名　　　　氏名