**臨床研究実施許可通知書**

**申請者**

**病院　　整形外科**

**様**

**【研究課題名】　日本小児整形外科学会疾患登録**

**上記の研究課題について、当院における実施を許可する。**

**年　　　月　　日**

**病院**

**病院長**