様式５

**小児治験ネットワーク登録通知書**

医療機関名

施設長役職

　　　　　　殿

平成　　年　　月　　日付で貴施設から提出された小児治験ネットワーク登録申請書について、小児治験ネットワーク設置運営規程第10条に則り審議した結果、貴施設が（□会員　□準会員　□協力施設）として登録されることが承認されましたので、ここに通知いたします。

平成　　年　　月　　日

日本小児総合医療施設協議会

会長　　　　　　　　印