

遷延性意識障がい者治療研究事業不承認通知書

平成 年 月 日

申請医療機関 名称
所在地
代表者氏名

福島県知事

印

平成 年 月 日付けで申請のあった遷延性意識障がい者治療研究事業対象患者承認申請については、下記の理由で不承認としましたので通知します。

記

患者	氏名	
	住所	
不承認の理由		