

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器

(施設書式13)

治験審査委員会開催委託書

市立伊丹病院
病院長 殿

西暦 年 月 日

(治験実施医療機関住所)
(治験実施医療機関名)
(治験実施医療機関の長) 印

下記の治験について、貴院の治験審査委員会においてご審議賜りたくお願い申し上げます。

記

治験依頼者名	
被験薬の化学名 又は識別記号	
治験課題名	
目標とする 被験者数 (予定)	例
治験の期間	西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日
治験責任医師	所属・職名・氏名：
審査依頼者の連絡先	

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器

(施設書式13)

治験審査委員会開催受託書

治験実施医療機関
(治験実施医療機関)
(治験実施医療機関の長) 殿

西暦 年 月 日

市立伊丹病院

兵庫県伊丹市昆陽池 1 丁目 100 番地
病院長 印

下記の治験について、治験審査委員会開催を受託いたします。

記

治験依頼者名	
被験薬の化学名 又は識別記号	
治験課題名	
目標とする 被験者数 (予定)	例
治験の期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
治験審査委員会 開催予定日	西暦 年 月 日
治験責任医師	所属・職名・氏名 :
審査依頼者の連絡先	