

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6)

## 異議申立書

実施医療機関の長 殿

西暦 年 月 日

治験責任医師

印

年 月 日付「治験審査結果通知書」による審査結果につき異議を申し立てますので、治験審査委員会による再度の審査を求めます。

記

治験依頼者名			
被験薬の化学名 又は識別記号		治験実施計画書番号	
治験課題名			
異議申立事項			
理由等			