

整理番号	
区分	1. 治験 2. 製造販売後臨床試験 a. 医薬品 b. 医療機器

(治験責任医師・医療機関の長→群馬大学医学部附属病院長)

治験ネットワーク様式5

年 月 日

多施設共同治験参加医療機関の被験者の緊急時の診療体制

国立大学法人群馬大学医学部附属病院長 殿

〇〇〇〇院長

_____ 印

〇〇〇〇病院治験責任医師

所属・職名_____

氏名_____ 印

被験者の緊急時の診療体制は以下のとおりです。

記

1. 急変した被験者が受診可能な医療機関連絡先（受診可能な医療機関における連絡担当者が指名されている場合にはその氏名を含む）

2. 夜間、休日の診療体制

3. 被験者が急変したことを治験責任医師へ連絡する方法

4. その他

年 月 日作成

注) 正1部を治験審査資料として群馬大学病院臨床試験部に提出し、写1部を医療機関の長が保管する。