

医師主導臨床試験審査依頼書

臨床試験審査委員長 殿

群馬大学医学部附属病院長

印

下記の臨床研究について、下記の事項の審査をお願いします。

記

責任医師	
分担医師	
研究協力者	
研究代表者氏名 (研究組織名)	
臨床研究課題名	
臨床研究期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
当院の予定症例数	症例
審査事項	<input type="checkbox"/> 臨床研究実施の可否 <input type="checkbox"/> 臨床研究継続の可否 <input type="checkbox"/> 臨床研究実施計画書の変更 <input type="checkbox"/> 重篤な有害事象の発生 <input type="checkbox"/> 新たな安全性に関する情報の入手 <input type="checkbox"/> 逸脱に対する承認 <input type="checkbox"/> その他 ()
備考	