

(医療機関の長→群馬大学医学部附属病院長→臨床試験審査委員長)

治験ネットワーク様式6

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

年 月 日

多施設共同治験審査依頼書

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
氏名： 印

〇〇〇〇病院における下記の治験の妥当性につきまして、国立大学法人群馬大学医学部附属病院臨床試験審査委員会において審査をお願いします。実施にあたっては、本治験に関する臨床試験審査委員会の決定事項を遵守します。

記

治験依頼者	
治験薬名	
治験課題名	
治験責任医師	
治験分担医師	
治験期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日
予定症例数	症例
審査事項	<input type="checkbox"/> 治験実施の可否 <input type="checkbox"/> 治験継続の可否 <input type="checkbox"/> 治験実施計画書の変更 <input type="checkbox"/> 治験契約内容の変更 <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	

臨床試験審査委員長 殿

平成 年 月 日

上記の治験の妥当性につきまして、〇〇〇〇病院より審査依頼がありましたので臨床試験審査委員会において審査をお願いします。

国立大学法人群馬大学医学部附属病院長 印

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、写し1部を医療機関の長が保管する。