西暦　　　　年　　月　　日

治験に関する追加申請書

実施医療機関の長

近畿大学病院　病院長 殿

治験依頼者

下記の審査事項についての審査を依頼いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 治験依頼者 |  | | |
| 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 |  | | |
| 治験責任医師氏名 |  | | |
| 審査事項  （添付資料） | □治験実施計画書（作成年月日：　　　　、版数：　　　　　）  □説明文書・同意文書（作成年月日：　　　　、版数：第1版　改正案）  □治験薬概要書（作成年月日：　　　　、版数：　　　　　）  □安全性情報等（作成年月日：　　　　、版数：　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 担当者連絡先 | 氏名： 所属：  TEL： 　　FAX: 　Email： | | |