

令和 年 月 日

治験責任医師 届出

近畿大学病院
病院長 殿

診療科（部）長
所 属
氏 名

※厚生労働省通知(平成 24 年 3 月 7 日)より捺印は廃止

_____より依頼の下記治験の治験責任医師を当科の_____に
要請しましたので届け出いたします。

記

治験薬コード名	
治験課題名	(治験実施計画書 No. : _____)
治験の内容	
治験依頼者	
治験予定期間	治験実施契約締結日 ~ 令和 年 月 日
治験責任医師	所属 : _____ 氏名 : _____
要請した理由	

※製造販売後臨床試験の場合は「治験」を「製造販売後臨床試験」と読み替える。

※「主任教授」からの届出も可能とする。

※GCP改訂に伴い、治験責任医師 職名削除(令和 5 年 4 月 25 日)