近大様式3

| 整理番号 | |
|---|---|
| 区分 | □治験　□製造販売後臨床試験 |
| | □医薬品　□医療機器　□再生医療等製品 |

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<br>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<br>（添付資料） | □治験実施計画書（作成年月日：　　、版数：　　）<br>□説明文書・同意文書（作成年月日：　　、版数：第1版　改正案）<br>□治験薬概要書（作成年月日：　　、版数：　　）<br>□安全性情報等（作成年月日：　　、版数：　　）<br>□その他（　　） | | |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　所属：<br>TEL：　　FAX:　　Email： | | |