令和　　年　　月　　日

**治験責任医師　届出**

近畿大学病院

病院長　東田　有智　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・職名：　　　　　　　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。