

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。