|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

　　　　　令和 年 月 日

**治験分担医師指名理由書**

病　院　長 殿

治験審査委員会委員長　殿

治験責任医師

所属・職名 科

氏名

※厚生労働省通知（平成24年3月7日）より捺印を廃止する

　　 より依頼の下記治験の治験分担医師に

次の者を指名致しました。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 治験薬コ－ド名 |  |
| 治験課題名 |  |
| 治験分担医師名 | ＊当該診療科以外の者については所属も記載する  （例）近畿一郎（臨床薬理学） |
| 治験分担医師に  指名した理由 | * 治験責任医師の指示等に従って、業務を適正かつ円滑に行い得ると判断したため * 当該診療科領域外の専門分野での診断ができるため   （＊の者が該当）   * その他： |

※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。