

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 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

治験薬コード名	
治験課題名	
治験分担医師名	<p>*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)</p>
治験分担医師に 指名した理由	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p><input type="checkbox"/> その他：</p>

※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。