

整理番号	
区分	<input checked="" type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器

該当する場合は口を■にする

西暦 年 月 日

治験審査依頼書

書類を作成した日付を記載

治験審査委員会

委員長 染谷 毅 殿

実施医療機関の長

市立青梅総合医療センター  
院長 大友 建一郎 印

下記の審査事項についての審査を依頼いたします。

記

調査依頼者	
調査課題名	
	調査実施計画書番号： <input type="checkbox"/> を■にする。書式22写の日付を記載する
調査担当医師氏名	
審査事項 (添付資料)	<input type="checkbox"/> 調査の実施の適否 (研究委託申込書(西暦 年 月 日付書式22写))
	<input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> を■にする。書式22にある添付する資料のみ記載する

注) 本書式は実施医療機関の長が正本(記名捺印又は署名したもの)を1部作成し、治験審査委員会に提出する。