

| | |
|------|--|
| 整理番号 | |
| 区分 | <input 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

治験審査結果通知書

市立青梅総合医療センター
院長 大友 建一郎 殿

記載しないで下さい

治験審査委員会
委員長 染谷 毅 印

審査依頼のあった件についての審査結果を下記のとおり通知いたします。
記

| | |
|-------------------|--|
| 調査課題名 | |
| | 調査実施計画書番号： |
| 審査事項 (審査資料) | <input checked="" 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 () 書式 22 の作成日を記載 記載しないでください |
| 審査区分 | <input type="checkbox"/> 委員会審査 (審査日：西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 迅速審査 (審査終了日：西暦 年 月 日) |
| 審査結果 | <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 修正の上で承認 <input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/> 既承認事項の取り消し <input type="checkbox"/> 保留 |
| 「承認」以外の 場合の理由等 | |
| 備考 | |

西暦 年 月 日

調査依頼者 (名称) 殿

調査担当医師 (氏名) 殿

依頼のあった治験に関する審査事項について上記のとおり決定しましたので通知いたします。

市立青梅総合医療センター
東京都青梅市東青梅4-16-5

院長 大友 建一郎 印

注) 本書式は治験審査委員会が正本(記名捺印又は署名したもの)を1部作成し、実施医療機関の長に提出する。治験審査委員会の決定と実施医療機関の長の指示が同じである場合には実施医療機関の長はその写2部に記名捺印又は署名し、調査依頼者及び調査担当医師にそれぞれ1部を提出する。異なる場合には参考書式1を使用する。

