

様式3

平成 年 月 日

受託研究審査依頼書

独立行政法人 国立病院機構 愛媛病院
治験審査委員会委員長 岩田 猛 殿

独立行政法人 国立病院機構
愛媛病院 院長 西村 一孝 印

下記の審査事項について、治験審査委員会の審査をお願いします。

記

審査事項	<input type="checkbox"/> 受託研究の実施の適否 <input type="checkbox"/> 受託研究実施計画書等改訂の適否 <input type="checkbox"/> 重篤な副作用に関し研究の継続の適否 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

研究依頼者			
試験薬	商品名		(一般名)
研究課題名			
	研究実施計画書No. ()		
研究実施予定期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月		
研究担当医師	氏名 (所属・職名)		