

様式4

平成 年 月 日

受託研究審査結果通知書

独立行政法人 国立病院機構
愛媛病院 院長 西村 一孝 殿

名称：独立行政法人 国立病院機構 愛媛病院
治験審査委員会
所在地：愛媛県東温市横河原366
委員長： 岩田 猛 印

治験審査委員会における審査結果を下記のとおり通知します。

記

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)		

治 験 審 査 委 員 会	審査事項	<input type="checkbox"/> 研究の実施の適否 <input type="checkbox"/> 研究実施計画書改訂の適否 <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 ()
	委員会開催日	平成 年 月 日
	審査結果	<input type="checkbox"/> 1. 承認 <input type="checkbox"/> 2. 条件付き承認 <input type="checkbox"/> 3. 却下 <input type="checkbox"/> 4. 既承認事項の取り消し <input type="checkbox"/> 5. 保留
	上記2~5の 場合はその理由	