

(参考書式3)

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

西暦 年 月 日

治験審査委員会の選定について

治験依頼者 (名称) 殿
治験責任医師 (氏名) 殿

実施医療機関の長

独立行政法人国立病院機構 愛媛病院
西村 一孝 印

今般、実施依頼があった下記治験について、審査を依頼する治験審査委員会を決定したので報告致します。

記

治験依頼者			
被験薬の化学名 又は識別記号		治験実施計画書番号	
治験課題名			
治験責任医師氏名			
治験審査委員会名	独立行政法人国立病院機構本部 中央治験審査委員会		
設置者及び 所在地等	委員会名：国立病院機構本部 中央治験審査委員会 設置者：国立病院機構 理事長 住 所：東京都目黒区東が丘2-5-21 事務局：独立行政法人国立病院機構本部医療部 中央治験審査委員会事務局（NHO-CRB事務局） （連絡先）TEL:03-5712-5087、FAX:03-5712-5088		
治験審査委員会 に関連する資料	・独立行政法人国立病院機構本部 中央治験審査委員会標準業務手順書 ・中央治験審査委員会委員名簿 ・その他（)		

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2部作成し、治験依頼者及び治験責任医師に提出する。