整理番号	
区分	□治験　□製造販売後臨床試験
	□医薬品　□医療機器

（施設書式13）

治験審査委員会開催委託書

治験審査受託医療機関
（治験審査受託医療機関名）
（治験審査受託医療機関の長）　殿

西暦　　年　　月　　日

医療法人防治会　いずみの病院　院長

下記の治験について、貴院の治験審査委員会においてご審議賜りたくお願い申し上げます。

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	
対象疾患	
治験の期間	契約締結日　～　西暦　　年　　月　　日
治験責任医師	所属・職名・氏名：
審査依頼者の施設名	TEL:　　FAX:

整理番号	
区分	□治験　□製造販売後臨床試験
	□医薬品　□医療機器

（施設書式13）

治験審査委員会開催受託書

医療法人防治会　いずみの病院　院長　殿

西暦　　年　　月　　日

治験審査受託医療機関
（治験審査受託医療機関名）
（治験審査受託医療機関の長）

下記の治験について、治験審査委員会開催を受託いたします。

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	
対象疾患	
治験の期間	契約締結日　～　西暦　　年　　月　　日
治験審査委員会 開催予定日	西暦　　年　　月　　日
治験責任医師	所属・職名・氏名：
審査依頼者の施設名	TEL:　　FAX: