

整理番号	
区分	治験 製造販売後臨床試験
	医薬品 医療機器

西暦 年 月 日

治験分担医師・治験協力者 リスト (新規 変更)

実施医療機関の長

(実施医療機関名)(長の職名) 殿

治験責任医師

(氏名)

印

下記の治験において、下に示す者を治験分担医師・治験協力者として治験業務を分担したく提出いたします。

記

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			

治験分担医師の氏名、所属及び分担業務の内容 (10名を上回る場合別紙に記載)

氏名	所属	分担業務の内容	変更	
			追加	削除
		治験業務全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		治験業務全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		治験業務全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		治験業務全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		治験業務全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		治験業務全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		治験業務全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		治験業務全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		治験業務全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		治験業務全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日

治験協力者の氏名、所属及び分担業務の内容 (10名を上回る場合別紙に記載)

氏名	所属	分担業務の内容	変更	
			追加	削除
		治験業務補助全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		治験業務補助全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		治験業務補助全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		治験業務補助全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		治験業務補助全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		治験業務補助全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		治験業務補助全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		治験業務補助全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		治験業務補助全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		治験業務補助全般 ()	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日

西暦 年 月 日

治験依頼者 (名称) 殿

治験責任医師 (氏名) 殿

上記の治験において、上に示す者を治験分担医師・治験協力者として指名いたします。

実施医療機関の長 (氏名)

印

注) 本書式は治験責任医師が正本 (記名捺印又は署名したもの) を2部作成し、実施医療機関の長に提出する。実施医療機関の長は記名捺印又は署名し、治験責任医師及び治験依頼者にそれぞれ1部を提出する。