

整理番号	
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 治験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 治験業務全般 □ ( )	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 治験業務全般 □ ( )	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 治験業務全般 □ ( )	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 治験業務全般 □ ( )	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 治験業務全般 □ ( )	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 治験業務全般 □ ( )	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 治験業務全般 □ ( )	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 治験業務全般 □ ( )	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 治験業務全般 □ ( )	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 治験業務補助全般 □ ( )	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 治験業務補助全般 □ ( )	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 治験業務補助全般 □ ( )	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 治験業務補助全般 □ ( )	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 治験業務補助全般 □ ( )	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 治験業務補助全般 □ ( )	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 治験業務補助全般 □ ( )	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 治験業務補助全般 □ ( )	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 治験業務補助全般 □ ( )	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 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1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、治験責任医師に提出する。