当院書式ﾀ-1

整理番号	
区分	□治験　□製造販売後臨床試験
	□医薬品　□医療機器　□再生医療等製品

西暦　　年　　月　　日

治験審査委託書（他施設用）

岩手医科大学附属病院長　殿

審査委託者
住　所
施設名
代表者　　印

下記治験における審査を岩手医科大学治験審査委員会に委託いたしたくご依頼申し上げます。

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			
治験責任医師氏名			
審査事項 （添付資料）	□治験の実施の適否　（治験依頼書（西暦　年　月　日付書式3）） □治験の継続の適否 □重篤な有害事象等に関する報告書 （□医薬品治験（西暦　年　月　日付書式12）） （□医薬品製造販売後臨床試験（西暦　年　月　日付書式13）） （□医療機器治験（西暦　年　月　日付書式14）） （□医療機器製造販売後臨床試験（西暦　年　月　日付書式15）） （□再生医療等製品治験（西暦　年　月　日付書式19）） （□再生医療等製品製造販売後臨床試験（西暦　年　月　日付書式20）） □安全性情報等 （安全性情報等に関する報告書（西暦　年　月　日付書式16）） □治験に関する変更 （治験に関する変更申請書（西暦　年　月　日付書式10）） （治験に関する変更申請書（西暦　年　月　日付書式10）） □緊急の危険を回避するための治験実施計画書からの逸脱 （緊急の危険を回避するための治験実施計画書からの逸脱に関する報告書（西暦　年　月　日付書式 8）） □継続審査 （治験実施状況報告書（西暦　年　月　日付書式11）） □その他（　　）		

治験審査承諾書（他施設用）

西暦　　年　　月　　日

施設名・代表者　　殿

上記治験につきまして岩手医科大学治験審査委員会における審査を承諾いたします。

岩手医科大学附属病院長　　印