西暦　　　　年　　月　　日

治験に関する指示・決定通知書

自ら治験を実施する者

（氏名）　　　　　　　殿

実施医療機関の長

独立行政法人国立病院機構 関門医療センター 院長

申請のあった治験に関する審査事項について下記のとおり決定しましたので通知いたします。

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 | |  | | |
| 治験薬提供者 | |  | | |
| 指示・決定の内容 | 審査事項  （審査資料） | □添付の治験審査結果通知書（西暦　　年　　月　　日付(医)書式5）　 審査事項（審査資料）欄のとおり  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 取扱い | □修正の上で承認　□却下　□既承認事項の取り消し　□保留 | | |
| 「取扱い」の条件・理由等 |  | | |
| 備考 | |  | | |