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

独立行政法人国立病院機構 関門医療センター 院長　殿

治験責任医師

 　　　　（氏名）

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 |
|  |  |  □治験業務全般 □( 　　　 　　 )  |
|  |  |  □治験業務全般 □( 　　　 　　 ) |
|  |  |  □治験業務全般 □( 　　　 　　 ) |
|  |  |  □治験業務全般 □( 　　　 　　 ) |
|  |  |  □治験業務全般 □( 　　　 　　 ) |
|  |  |  □治験業務全般 □( 　　　 　　 ) |
|  |  |  □治験業務全般 □( 　　　 　　 ) |
|  |  |  □治験業務全般 □( 　　　 　　 ) |
|  |  |  □治験業務全般 □( 　　　 　　 ) |
|  |  |  □治験業務全般 □( 　　　 　　 ) |

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 |
|  |  |  □治験業務補助全般 □( 　　　 　　 ) |
|  |  |  □治験業務補助全般 □( 　　　 　　 ) |
|  |  |  □治験業務補助全般 □( 　　　 　　 ) |
|  |  |  □治験業務補助全般 □( 　　　 　　 ) |
|  |  |  □治験業務補助全般 □( 　　　 　　 ) |
|  |  |  □治験業務補助全般 □( 　　　 　　 ) |
|  |  |  □治験業務補助全般 □( 　　　 　　 ) |
|  |  |  □治験業務補助全般 □( 　　　 　　 ) |
|  |  |  □治験業務補助全般 □( 　　　 　　 ) |
|  |  |  □治験業務補助全般 □( 　　　 　　 ) |

西暦　　　　年　　月　　日

上記の治験において、治験分担医師及び治験協力者のリストを了承いたします。

 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