

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

西暦 年 月 日

治験関連文書の提出届

広島大学病院長 殿

治験依頼者

(名称)

(代表者)

治験責任医師

(氏名)

下記の治験において、以下のとおり提出いたします。

		記		
被験薬の化学名 又は識別記号		治験	適切な理由を記載してください。	
治験課題名				
	添付資料名	作成日	版表示	提出理由
	同意説明文書・同意書、変更点一覧表	yyyy. mm. dd	第〇版	
	治験実施計画書、変更点一覧表	yyyy. mm. dd	第〇版	
	治験実施計画書・別冊、変更点一覧表	yyyy. mm. dd	第〇版	
				文書のタイトルをそのまま記載するのではなく、何の文書であるかを簡潔に記載してください。
連絡事項	IRB の審議対象ではない資料を提出するときは、「参考資料」である旨を記載してください。			
備考				
担当者連絡先	氏名：	所属：		
	TEL：	FAX：	Email：	

注) 治験審査委員会には報告しません。病院長に保管を希望する文書の提出に使用してください。