

西暦 年 月 日

## 確 認 書

広島大学病院長 殿

診療科等  
診療科長等 印

下記の治験を本診療科等で実施することを了承しました。

### 記

治験課題名	
治験依頼者	
治験責任医師	

注) 本書式は新規申請時にのみ作成し、病院長に提出する。  
治験責任医師が診療科長等である場合は、作成の必要はない。