西暦　　年　　月　　日

# 受託研究審査依頼書

独立行政法人国立病院機構

四国こどもとおとなの医療センター

受託研究審査委員会　委員長　殿

独立行政法人国立病院機構

四国こどもとおとなの医療センター　院長　印

下記の審査事項について、審査を依頼いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究依頼者 |  | | | | |
| 試験薬  商品名/一般名 |  | | | | |
| 研究課題名 |  | | | | |
| 研究実施計画書番号 | |  | | |
| 研究責任医師 | 診療科： |  | | | |
| 職　名： |  | | 氏名： |  |
| 審査事項  （添付資料） | □受託研究の実施の適否  （□受託研究申込書（西暦　年　月　日付様式1））  □受託研究の継続の適否  　□重篤な副作用等に関する報告書  　（□研究用試料による重篤な副作用発生報告書（西暦　年　月　日付様式9）  □受託研究に関する変更  （□受託研究に関する変更申請書（西暦　年　月　日付様式7））  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |