

## 異議申立に基づく審査結果通知書

異議申立者

様

先端医療センター病院長

印

20 年 月 日付で請求された異議申立について、治験審査委員会における審査結果を下記の通り通知致します。

記

被験薬	成分記号又はコード	一般名	
治験課題名	治験実施計画書No.:		
審査結果	1. 異議を棄却する。 2. 異議を一部認容し、審査結果を下記のとおり修正する。 3. 異議を認容し、審査結果を下記のとおり修正する。		
修正がある場合の 審査結果の変更			
理由等			
治験責任医師	所属:	職名:	氏名:
治験分担医師	所属:	職名:	氏名:
	所属:	職名:	氏名:
	所属:	職名:	氏名:
	所属:	職名:	氏名:
	所属:	職名:	氏名:
治験依頼者			
治験実施予定期間	20 年 月 日(契約締結日) ~ 20 年 月 日		
備考			

なお、本通知書には異議申立審査結果報告書（様式24）の写を添付するものとする。