

異議申立審査依頼書

先端医療センター治験審査委員会委員長
様

先端医療センター病院長
印

様式 25 に基づき、以下の審議案件につき再度審査をお願いいたします。

記

治験薬コード名	
治験課題名	治験実施計画書No.
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
異議申立の趣旨・内容・理由等 (詳細に記載すること)	

参考資料等があれば、添付すること