

年 月 日

### 修正確認依頼書

先端医療センター治験審査委員会  
委員長 奥村 勝彦 様

先端医療センター  
病院長 西尾 利一 印

下記の医療機関から承認条件に基づく修正資料の提出がありましたので、確認を依頼致します。

実施医療機関	
治験課題名	
審査された委員会	第 回 ( 年 月 日開催)
承認条件	
修正後の資料	添付