西暦　　　　年　　月　　日

治験審査委員会質問事項に関する見解書

実施医療機関の長

（医療機関名）（長の職名）殿

治験審査委員会

（治験審査委員会名）委員長　殿

治験依頼者

（名称）

（代表者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験責任医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）

　　 年 　　 月　　 日開催のIRBにて頂きました質問事項について下記返答いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名 又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 |  |
| 治験依頼者見解 |  |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：  TEL：　　　　　　　　FAX：　　　　　　　Email： |