|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IRB様式6 | 整理番号 |  |
|  | 区分 | □治験　　□製造販売後臨床試験 |
|  | □医薬品　□医療機器 |

西暦　　　年　　月　　日

**治験審査委員会関連記録閲覧申請書**

治験審査委員会設置者

滋賀医科大学医学部附属病院　病院長　殿

治験依頼者

　　　　　（名称）

（代表者役職）

（代表者名）

貴委員会に審査を委託中の下記の治験について、以下の関連記録の開示を申請いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名  又は識別記号 |  | 整理番号 |  |
| 治験課題名 |  | | |
| 実施医療機関名 |  | | |
| 治験依頼者 |  | | |
| 閲覧者 | 所属：  職名：　　　　　　氏名： | | |
| 閲覧希望日時 | 年　　 月　　 日　　　　　時　　 分 ～　 時 分 | | |
| 閲覧希望資料 | □治験審査委員会審査委託書  □治験審査委員会審査契約書  □治験審査費用に関する覚書  □治験審査委員名簿（原本）  □治験審査委員会標準業務手順書（原本）、治験審査委員会規程  □当該治験審査依頼書類（審査資料を含む）  □当該治験審査議事録  □当該治験審査結果報告書類  □治験終了通知書類、治験中止（中断）通知書類  □必須文書保存期間終了通知書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| 治験審査委員会事務局からの連絡 | □申請のとおり関連の記録を開示します |
| 実施日時は、西暦　　年　　月　　日　　　時　　分～　　時　　分です。 |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　所属： |
| TEL　： 　　　　　 　　　 FAX： |
| Email： |