院内様式9

**滋賀医科大学医学部附属病院**

**治験審査委員会専門家委嘱書**

　年　月　日

所属：

職名・資格：

氏名： 　殿

治験審査委員会の設置者

滋賀医科大学医学部附属病院長　　　　　　　　　印

貴殿に滋賀医科大学医学部附属病院治験審査委員会における特別分野の専門家を委嘱いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 治験審査委員会の  所在地及び名称 | 所在地：滋賀県大津市瀬田月輪町  名称：滋賀医科大学医学部附属病院治験審査委員会 |
| 治験審査委員長 | 所属・職名：  氏名： |
| 委嘱期間  [当該治験実施期間] |  |
| 対象治験 |  |

受託に際しては、以下の事項の遵守をご承諾いただくこととなります。

|  |
| --- |
| 滋賀医科大学医学部附属病院治験審査委員会専門家は、被験者に関する守秘義務を負う。また、治験依頼者から提供された資料、情報及び治験結果に関しても同様の守秘義務を負う。なお、治験の結果得られた情報を専門の学会等、外部に公表する場合には、事前に治験依頼者の承諾を文書により得るものとする。 |

添付資料：

①滋賀医科大学医学部附属病院治験審査委員会規程（　　　年　　月　　日改正版）

②滋賀医科大学医学部附属病院治験審査委員会標準業務手順書

（第　版、　　年　　月　　日改訂版）

③当該治験審査資料