院内様式３

**治験審査委員会委員受諾書**

　年　月　日

滋賀医科大学医学部附属病院長　●●　●●　殿

所属：

職業・資格：

氏名：●●　●●　印

貴院の治験審査委員会委員を受託いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 受託期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（2年間） |

受託に際しては、以下の事項を遵守いたします。

|  |
| --- |
| 治験審査委員は、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。 |

なお、「医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令」に定められた治験審査委員会の委員名簿及び会議の記録の概要の公表に際し、氏名、職業、資格、所属の公表を承諾致します。