西暦　　　年　　　月　　　日

契約終了後調査依頼書

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）

平成○年○月○日付にて治験終了（中止・中断）報告書を提出しております下記の治験について、調査の実施を依頼いたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被検薬の化学名  又は識別番号 |  | 治験実施計画書番号 | |  |
| 治験課題名 |  | | | |
| 治験責任医師 | 所属・氏名 | | | |
|  | | | | |
| 調査課題名 |  | | | |
| 調査の期間 | 西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 | | | |
| 調査責任医師 | 所属・氏名 | | | |
| 調査分担医師 | 氏名 | | 氏名 | |
| 氏名 | | 氏名 | |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：  TEL：　　　　　 　　FAX: 　　　　　　　Email： | | | |
| 依頼の内容と  調査理由 |  | | | |

添付資料一覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資料名 | 作成年月日 | 版表示 |
| □調査実施計画書 | | |
|  |  |  |
| □説明文書・同意文書 | | |
|  |  |  |
| □調査の費用の負担について説明した文書 | | |
|  |  |  |
| □その他 | | |
|  |  |  |