

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器

西暦 年 月 日

異議申立書

**総合病院

病院長 _____ 殿

(異議申立者)

所属・役職:

氏 名: _____ 印

200 年 月 日付の指示・決定につき異議を申し立てますので、治験審査委員会による再度の審査を求めます。

記

治験依頼者名			
治験品目記号又は 治験品目コード名		一 般 名 (該当する場合)	
治験課題名	治験実施計画書 No. ()		
異議申立事項			
理 由 等			

注) 本書は、原本を事務局で保管し、写しを異議申立者が保管する。