|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 書式29 | 整理番号 |  |
|  | 区分 | □治験　　□製造販売後臨床試験 |
|  | □医薬品　□医療機器　□再生医療等製品 |

西暦　　　年　　月　　日

治 験 責 任 医 師 指 名 書

高知大学医学部附属病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科長：

下記の治験において、　　　　　　　を治験責任医師として指名します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  |

以上