|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 書式6 | 整理番号 |  | |
|  | 区分 | □一般使用成績調査　□特定使用成績調査  □使用成績比較調査　□副作用・感染症・不具合報告  □その他（　　　　　　　　　　　） | □全例調査 |
| □医薬品　□医療機器　□再生医療等製品 | |

西暦　　　　年　　月　　日

決定に対する異議申立書

実施医療機関の長

高知大学医学部附属病院長　殿

調査依頼者

（名称）

（代表者）

実施診療科

（診療科）

（診療科長）

西暦　　　　年　　月　　日付けで通知のあった決定に関して異議を申し立てますので、再度ご検討をお願いいたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 調査課題名 |  |
| 決定 | □修正の上で承認　□却下　□既承認事項の取り消し　□保留  決定の理由： |
| 異議申立事項 |  |
| 理由等 |  |