

整理番号	
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 治験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

西暦 年 月 日

指示事項回答書

(「修正の上承認」の場合は(医)書式6を使用してください)

京都大学医学部附属病院長 殿

自ら治験を実施しようとする者

(氏名) 印

西暦 年 月 日付で「保留」と通知のあった件について、以下のとおり回答いたします。

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	
指示事項	
対応内容	
添付資料	