

受付番号	
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

**事前提出資料 【治験実施に係る通知に関する事項】**

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

下記の治験の実施にあたっては、GCP省令第26条の6第2項、第26条の10第2項及び第3項、第32条第6項及び第7項、第40条第1項から第4項、第45条第2項及び第4項ならびに第48条第3項（医療機器または再生医療等製品の場合は、GCP省令第39条第2項、第43条第2項及び第3項、第51条第6項及び第7項、第60条第1項から第4項、第65条第2項及び第4項ならびに第68条第3項）に規定されている通知及び報告を適切に実施いたします。

記

被験薬の化学名 又は識別記号	
治験課題名	

上記の治験の実施にあたっては、GCP省令第26条の6第2項、第26条の10第2項及び第3項、第32条第6項及び第7項、第40条第1項から第4項、第45条第2項及び第4項ならびに第48条第3項（医療機器または再生医療等製品の場合は、GCP省令第39条第2項、第43条第2項及び第3項、第51条第6項及び第7項、第60条第1項から第4項、第65条第2項及び第4項ならびに第68条第3項）に規定されている通知及び報告を適切に実施いたします。

京都大学医学部附属病院長

印