

| | |
|------|-----------|
| 整理番号 | |
| 区分 | ■ 治験 |
| | ■ 再生医療等製品 |

西暦 年 月 日

治験製品管理者 指名依頼書 (□新規 □変更)

実施医療機関の長

京都大学医学部附属病院長 殿

治験責任医師

(氏名)

印

下記の医師主導治験において、治験製品管理者の指名をお願いいたします。

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 | | | |

治験製品管理者の適任者がいないため、治験責任医師が管理します。

治験製品管理者の適任者として、下に示す者を推薦します。

| 氏名 | 所属 | 職名 |
|----|----|----|
| | | |

治験製品管理者として推薦されることに同意します。 (氏名)

印

西暦 年 月 日

上記の治験において、上に示す者を治験製品管理者として指名いたします。

実施医療機関の長 (氏名)

印