

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<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

治験依頼者

(名称)

(代表者)

印

治験責任医師

(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			
担当者連絡先	氏名 :	所属 :	
	TEL :	FAX :	Email :