

西暦 年 月 日

開発業務受託機関の業務範囲に関する資料

京都大学医学部附属病院長 殿

治験依頼者

(住所)

(名称)

(代表者)

印

開発業務受託機関

(住所)

(名称)

(代表者)

印

貴院に申請する下記治験は、GCP 省令第 12 条に基づき、以下の通り治験業務の一部を委託していることを報告します。

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	
開発業務受託機関 が実施する業務	
提出資料	委受託契約書 (写)