

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

西暦      年   月   日

治験機器管理者 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

下記の治験において、治験機器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			

治験機器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。

治験機器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

治験機器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、上に示す者を治験機器管理者として指名いたします。

実施医療機関の長 (氏名)

印