西暦 年 月 日

**推　薦　状**

琉球大学病院長　様

診療科(部)長

所　属：

氏　名：　　　　　　　　　　印

下記の治験におきまして、治験責任医師として　　　　職名・氏名　　　を推薦いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 治験依頼者 | |  | | | |
| 被験薬 | | 成分記号又はコード |  | 一般名 |  |
| 治験課題名 | |  | | | |
| 治験実施計画書No.（ ）、　　　　 年 月 日作成 | | | |
| 研究の目的（用途） | | １．製造販売承認申請 ２．製造販売承認事項一部変更承認申請  ３．再審査申請 ４．再評価申請 ５．その他（　　　　　 ） | | | |
| 治験計画の概要 | 対象疾患 |  | | | |
| 実施予定例数 | 例（治験全体の例数　　　　例） | | | |
| 目的 |  | | | |
| 投与期間 |  | | | |
| 治験の段階 | □第１相　　□第２相［□前期・□後期]　　□第３相　　□第４相  □その他： | | | |
| 治験予定期間 | 契 約 締 結 日 ～ 令和 年 月 日 | | | |