西暦 年 月 日

**治験における分担医師の許可申請書**

　　　　　　科(部)長

　　　　　　　　　　　　様

申請者名

職　名：

氏　名：　　　　　　　　　　　印

　下記の治験を　　　　科の基で分担医師となることを許可していただきたく申請いたします。

なお、本治験は　　　　科の責任において実施するものですが、私の所属の業務には支障のないようにいたします。

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 ～ 平成 年 月 日 | | | |
| 治験責任医師 | |  | | | | |

**許　可　書**

　　　　　　　　　　様

上記治験における分担医師で参加することを許可します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　　年　　　月　　　日

所属診療科(部)長 　　　　　　　　　　　　　印