

整理番号	(何も記入しないでください)	
区分	<input type="checkbox"/> 一般使用成績調査 <input type="checkbox"/> 副作用・感染症報告	<input checked="" type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 使用成績比較調査
	<input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器	

西曆            年            月            日

# 調查審查依頼書

治療審査委員会

東北医科薬科大学病院臨床研究審査委員会  
委員長 殿

実施医療機関の長

東北医科薬科大学病院 病院長 ○○ ○○

調査依頼者	〇〇薬品株式会社		
調査薬の名称	△△△△△	調査実施計画書番号	△△△△△
調査課題名	△△△△△ △△△△△		
調査責任医師	〇〇 〇〇		
審査事項	<input checked="" type="checkbox"/> 調査の実施の適否（調査依頼書（西暦 20●●年●●月●●日付様式 1）） <input type="checkbox"/> 調査の継続の適否 <input type="checkbox"/> 調査に関する変更 （調査に関する変更申請書（西暦 年 月 日付様式 5）） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/>		
添付資料	<input checked="" type="checkbox"/> 調査実施要綱 <input checked="" type="checkbox"/> DI パンフレット <input type="checkbox"/> 調査票の見本（EDC の場合、操作手順書等） <input checked="" type="checkbox"/> 説明文書、同意文書 <input type="checkbox"/> その他		