参考書式3

整理番号	
区分	□治験　□製造販売後臨床試験
	□医薬品　□医療機器　□再生医療等製品

西暦　　年　　月　　日

治験審査委員会の選定について

治験依頼者　（名称）　　殿
治験責任医師　（氏名）　　殿

実施医療機関の長
（実施医療機関名）（長の職名）

今般、実施依頼があった下記治験について、審査を依頼する治験審査委員会を決定したので報告致します。

記

治験依頼者			
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			
治験責任医師氏名			
治験審査委員会名	独立行政法人国立病院機構本部中央治験審査委員会		
設置者及び 所在地等	委員会名：国立病院機構本部中央治験審査委員会 設置者：国立病院機構　理事長 住　所：東京都目黒区東が丘2-5-21 事務局：独立行政法人国立病院機構本部医療部 中央治験審査委員会事務局（NHO-CRB事務局） （連絡先）TEL:03-5712-5087、FAX:03-5712-5088		
治験審査委員会 に関連する資料	・独立行政法人国立病院機構本部　中央治験審査委員会標準業務手順書 ・中央治験審査委員会委員名簿 ・その他（　　）		

注）本書式は実施医療機関の長が正本を 2 部作成し、治験依頼者及び治験責任医師に提出する。