書式2

整理番号	
区分	□治験　□製造販売後臨床試験
	□医薬品　□医療機器

西暦　　年　　月　　日

治験分担医師・治験協力者 リスト（□新規　□変更）

大阪回生病院病院長　殿

治験責任医師
（氏名）　　印

下記の治験において、下に示す者を治験分担医師・治験協力者として治験業務を分担したく提出いたします。

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			

治験分担医師の氏名、所属及び分担業務の内容(10名を上回る場合別紙に記載)

氏名	所属	分担業務の内容	変更	
			追加	削除
		□治験業務全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
		□治験業務全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
		□治験業務全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
		□治験業務全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
		□治験業務全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
		□治験業務全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
		□治験業務全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
		□治験業務全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
		□治験業務全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
		□治験業務全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日

治験協力者の氏名、所属及び分担業務の内容(10名を上回る場合別紙に記載)

氏名	所属	分担業務の内容	変更	
			追加	削除
		□治験業務補助全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
		□治験業務補助全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
		□治験業務補助全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
		□治験業務補助全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
		□治験業務補助全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
		□治験業務補助全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
		□治験業務補助全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
		□治験業務補助全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
		□治験業務補助全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日
		□治験業務補助全般 □(　　)	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日

西暦　　年　　月　　日

治験依頼者　　（名称）　殿
治験責任医師　（氏名）　殿

上記の治験において、上に示す者を治験分担医師・治験協力者として指名いたします。

大阪回生病院病院長　（氏名）　　印

注）(長≠責)：本書式は治験責任医師が正本（記名捺印又は署名したもの）を2部作成し、実施医療機関の長に提出する。実施医療機関の長は記名捺印又は署名し、治験責任医師及び治験依頼者にそれぞれ１部を提出する。
(長＝責)：本書式は実施医療機関の長が正本（記名捺印又は署名したもの）を1部作成し、治験依頼者に提出する。なお、書式上部の実施医療機関の長及び治験責任医師欄並びに書式下部の治験責任医師欄は“該当せず”と記載するとともに、実施医療機関の長氏名の前に実施医療機関名を記載する。