（医）東大書式20　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　月　　日

**継続審査及び治験審査委員会調査に関する通知書**

治験責任医師

殿

東京大学医学部附属病院長

　下記治験の実施状況について、ＧＣＰ省令（製造販売後臨床試験の場合はＧＰＳＰ省令を含む）並びに東京大学医学部附属病院治験取扱規則に従って、以下のとおり継続審査、治験審査委員会調査を行います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 実　施　事　項 | □継続審査 | 治験実施状況報告書により当該治験の継続の可否を審査します。報告書の提出は下記のとおりとして下さい。報告する治験実施期間：西暦　　　年　　月　　日～西暦　　　年　　月　　日報告書の提出期間：西暦　　　年　　月　　日～西暦　　　年　　月　　日提出先：治験事務局（臨床試験部）内線３５３１３ |
|  | □治験審査委員会調査□実施状況□終了報告書等の内容□その他 | □実地調査　□書面調査　□その他：実施予定日等：主な調査事項： |

|  |  |
| --- | --- |
| 治験課題名 | （治験実施計画書番号：　　　　　　、版数：　　、作成年月日：　　　　　　　） |
| 治験の内容 |  |
| 治験責任医師 | 所属：　　　　　　　　　職名：　　　　　　　　　氏名： |
| 治験分担医師の所属・職名　及び氏名 |  |
| 研究代表者 |  |
| 実施予定 | 期間 |  契約締結日　～　西暦　　　年　　月　　日（治験実施計画書の規定：西暦　　　年　　月　　日） |
|  | 被験者数 | 例（現在の契約例数：　　　例） |

製造販売後臨床試験の場合は、「治験」とあるのを「製造販売後臨床試験」と読み替えるものとする。

切り取り線

治験審査委員長　殿

治験審査委員会調査（□実施状況　□終了報告書等の内容）を下記のとおり受け入れます。

□通知の日時に受け入れます

□他の日時を希望します

（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　受け入れ可能な日時：　　　　　　　　　　）

西暦　　　年　　月　　日　治験責任医師