（医）東大書式４０ 　　　西暦　　　年　　　月　　　日

**補償等に関する対応について（依頼）**

治験責任医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

自ら治験を実施する者の代表者

　殿

東京大学医学部附属病院

臨床研究支援センター　センター長

　　　　　　　　　　　　　印

当院で発生した有害事象において、補償等の対応についてご検討くださいますようお願い申し上げます。なお、ご回答につきましては、別紙「確認書」にて病院長宛にお願い申し上げます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 治験課題名 |  |
| 概略 |  |

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。

上記内容について確認しました。

担当医 診療科名 職名・氏名 印