西暦　　　　年　　月　　日

治験審査委員会の保留事項に関する回答書

実施医療機関の長

東京大学医学部附属病院 病院長 殿

回答者

西暦　　　　年　　月　　日付で保留と通知のあった件について、以下のとおり回答いたします。

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 |  |
| 指示事項 |  |
| 対応内容 |  |
| 添付資料 |  |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　 　　所属：TEL：　　　　 　　FAX:　 　　　　　Email： |