西暦 　　年 　月 　日

自治医科大学附属病院　病院長　殿

治験依頼者

（名称）

（代表者）　　　　　　印

治験責任医師

（氏名）　　　　　　　印

回答書

西暦　　　年　月　日に行われた下記治験の事前ヒアリング時の質問等に対して別紙のとおり回答します。

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 |  |