

以上のとおり覚書を締結した証として、この証書2通を作成し、双方記名押印の上、各自1通を保有する。

西暦 年 月 日

甲 埼玉県さいたま市大宮区天沼町 1-847
自治医科大学附属さいたま医療センター
センター長 遠藤 俊輔 印

乙

印

上記の覚書について確認しました。

西暦 年 月 日

治験責任医師

印

※医療機器の場合は、「治験薬」を「治験機器」、「被験薬」を「被験機器」、「投与開始」を「施用」に読み替える。再生医療等製品の場合は、「治験薬」を「治験製品」、「被験薬」を「被験製品」、「投与開始」を「施用」に読み替える。