西暦　　　年　　月　　日

指示・決定に対する異議申立書

　　自治医科大学附属病院　病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験依頼者

　　　　　　　　　　　　　　印

治験責任医師

　　　　　　　　　　　　　印

　西暦　　　年　　月　　日付けの指示・決定に関して異議を申立てますので、再度ご検討をお願いいたします。

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・決定 |  | | |
| 異議申立事項 |  | | |
| 理由等 |  | | |
| 添付資料 |  | | |