

回答書 新旧対比表

改訂前	改訂後																										
<div>書式T-22</div> <div><table><tr><td rowspan="2">区分</td><td><input type="checkbox"/>治験</td><td><input type="checkbox"/>製造販売後臨床試験</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>医薬品</td><td><input type="checkbox"/>医療機器</td></tr></table></div> <div>西暦 年 月 日</div> <div>自治医科大学附属病院 病院長 殿</div> <div><div>治験依頼者 (名称) (代表者)</div><div>印</div></div> <div><div>治験責任医師 (氏名)</div><div>印</div></div> <div>回答書</div> <div>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<u>よ</u> <u>うに</u>回答します。</div> <div>記</div> <div><table><tr><td>被験薬の化学名 又は識別記号</td><td></td><td>治験実施計画書番号</td><td></td></tr><tr><td>治験課題名</td><td colspan="3"></td></tr></table></div>	区分	<input type="checkbox"/> 治験	<input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験	<input type="checkbox"/> 医薬品	<input type="checkbox"/> 医療機器	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				<div>書式T-22</div> <div><table><tr><td rowspan="2">区分</td><td><input type="checkbox"/>治験</td><td><input type="checkbox"/>製造販売後臨床試験</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>医薬品</td><td><input type="checkbox"/>医療機器 <input type="checkbox"/>再生医療等製品</td></tr></table></div> <div>西暦 年 月 日</div> <div>自治医科大学附属病院 病院長 殿</div> <div><div>治験依頼者 (名称) (代表者)</div><div>印</div></div> <div><div>治験責任医師 (氏名)</div><div>印</div></div> <div>回答書</div> <div>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<u>とおり</u>回答します。</div> <div>記</div> <div><table><tr><td>被験薬の化学名 又は識別記号</td><td></td><td>治験実施計画書番号</td><td></td></tr><tr><td>治験課題名</td><td colspan="3"></td></tr></table></div>	区分	<input type="checkbox"/> 治験	<input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験	<input type="checkbox"/> 医薬品	<input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品	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			
区分		<input type="checkbox"/> 治験	<input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験																								
	<input type="checkbox"/> 医薬品	<input type="checkbox"/> 医療機器																									
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																											
区分	<input type="checkbox"/> 治験	<input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験																									
	<input type="checkbox"/> 医薬品	<input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品																									
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																											