

責任医師・分担医師の要件に関わる申告書

責任医師
氏 名 _____

整理番号	
課題名	

下記の医師の責任医師・分担医師としての要件に関する事項を申告します。
なお、当該医師は、任用あるいは在期間が当該治験または試験を担当するのに十分であることを確認しました。

記

所 属	ふり 氏 がな 名	医師免許 取得年	セミナー最終受講 年月日
-----	--------------	-------------	-----------------

責任医師

--	--	--	--

分担医師

【変更申請の場合は、追加となる医師のみ記載で結構です。】

- 1) 所属は原則として診療科ご記載ください。
- 2) セミナー受講の有効期限は最終受講時より2年後の年度末までです。
- 3) IRB申請書類として、治験事務局へ提出してください。