西暦　　　　年　　月　　日

治験審査委員会の選定について

治験依頼者　 （名称）　　　殿

治験責任医師　（氏名）　　　殿

実施医療機関の長

独立行政法人国立病院機構 関門医療センター 院長

今般、実施依頼があった下記治験について、審査を依頼する治験審査委員会を決定したので報告致します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 治験依頼者 |  | | |
| 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 |  | | |
| 治験責任医師氏名 |  | | |
| 治験審査委員会名 | 独立行政法人国立病院機構本部中央治験審査委員会 | | |
| 設置者及び  所在地等 | 委員会名：国立病院機構本部中央治験審査委員会  設置者：国立病院機構　理事長  住　所：東京都目黒区東が丘2-5-21  事務局：独立行政法人国立病院機構本部医療部  中央治験審査委員会事務局（NHOCRB事務局）  （連絡先）TEL:03-5712-5087､FAX:03-5712-5088 | | |
| 治験審査委員会に関連する資料 | ・独立行政法人国立病院機構本部　中央治験審査委員会標準業務手順書  ・中央治験審査委員会委員名簿  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |