書式2

整理番号	
区分	□治験　□製造販売後臨床試験
	□医薬品　□医療機器　□再生医療等製品

西暦　　年　　月　　日

治験分担医師・治験協力者 リスト（□新規　□変更）

実施医療機関の長
（実施医療機関名）（長の職名）殿

治験責任医師
（氏名）

下記の治験において、下に示す者を治験分担医師・治験協力者として治験業務を分担したく提出いたします。

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			

治験分担医師の氏名、所属又は職名及び分担業務の内容（10名を上回る場合別紙に記載）

氏名	所属又は職名	分担業務の内容
		□治験業務全般　□（　　）
		□治験業務全般　□（　　）
		□治験業務全般　□（　　）
		□治験業務全般　□（　　）
		□治験業務全般　□（　　）
		□治験業務全般　□（　　）
		□治験業務全般　□（　　）
		□治験業務全般　□（　　）
		□治験業務全般　□（　　）
		□治験業務全般　□（　　）

治験協力者の氏名、所属又は職名及び分担業務の内容（10名を上回る場合別紙に記載）

氏名	所属又は職名	分担業務の内容
		□治験業務補助全般　□（　　）
		□治験業務補助全般　□（　　）
		□治験業務補助全般　□（　　）
		□治験業務補助全般　□（　　）
		□治験業務補助全般　□（　　）
		□治験業務補助全般　□（　　）
		□治験業務補助全般　□（　　）
		□治験業務補助全般　□（　　）
		□治験業務補助全般　□（　　）
		□治験業務補助全般　□（　　）

西暦　　年　　月　　日

上記の治験において、治験分担医師及び治験協力者のリストを了承いたします。

実施医療機関の長
（実施医療機関名）（長の職名）

注）（長≠責）：本書式は治験責任医師が作成し、実施医療機関の長に提出する。実施医療機関の長は書式下部の了承日及び実施医療機関の長欄を記載し、治験責任医師に提出する。実施医療機関の長又は治験責任医師は、治験依頼者に本書式を提出する。

（長＝責）：本書式は治験責任医師（実施医療機関の長）が作成する。この場合、書式上部の治験責任医師欄及び実施医療機関の長欄ともに記載し、書式下部の了承日及び実施医療機関の長欄を記載する。治験責任医師（実施医療機関の長）は、治験依頼者に本書式を提出する。