西暦　　　年　　月　　日

異 議 申 し 立 て 書

実施医療機関の長

（実施医療機関）（長の職名）　殿

 　　治験責任医師

（氏名）

西暦　　年　　月　　日付「治験審査結果通知書」による指示・決定に対して、以下の理由により異議を申し立てますので、治験審査委員会での再審査をお願い致します。

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 |  |
| 異議申し立ての対象となった審査内容 | 審査項目（審査資料）：結　果　：□修正の上で承認　□却下　□既承認事項の取り消し　□保留(理由）  |
| 異議申し立ての理由等 |  |