高崎書式11

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 年　　月　　日 | |
|  | | |
| 独立行政法人国立病院機構  高崎総合医療センター  （責任医師）様  〒370-0829 群馬県高崎市高松町３６番地  TEL 027-322-5901（代表）  FAX 027-322-0161 | | （モニター所属会社名）  （モニター氏名）  （モニター会社住所）  （モニター会社電話番号）  （モニター会社FAX番号） |

拝啓　時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。さて、下記資料をご送付申し上げます。お手数でございますが、本送付状に必要事項（受領日、安全性情報に対するご見解、ご署名）をご記入いただきFaxにてご返送いただきますようお願い致します。

敬具

- 記 –

（試験名）（依頼者名）

■書式16（作成日）

■（添付資料名）（作成日）

■（添付資料名）（作成日）

以上

以下の受領書をFAXにて返送願います。

（モニター所属会社名）

（モニター名）　様

* 年　　月　　日、上記書類を受領致しました。

【上記の安全性情報に対する見解】

治験実施の可否　　　　　：　　□可　　　　□否

治験実施計画書の改訂　　：　　□要　　　　□不要

同意説明文書の改訂　　　：　　□要　　　　□不要

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験責任医師（記名 押印）