西暦　　　　年　　月　　日

審査結果に関する異議申立書

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）

下記の治験に関する審査結果について再審査を依頼したく、異議を申し立てます。

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 |  |
| 指示・決定の内容 | 審査事項（審査資料） | □添付の治験審査結果通知書（西暦　　年　　月　　日付書式5）審査事項（審査資料）欄のとおり□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 取扱い | □修正の上で承認　□却下　□既承認事項の取り消し　□保留 |
| 「取扱い」の条件・理由等 |  |
| 異議内容 |  |