西暦　　　　年　　月　　日

公表課題名確認書

実施医療機関の長

（実施医療機関名）（長の職名）　殿

治験依頼者

（名称）

（代表者）

下記の内容で、課題名の公表を依頼いたします。

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 |  | | |
| 公表課題名 | （当院希望）製薬会社名、対象患者名を含む課題名  （例）○○○株式会社依頼の肺がん患者を対象としたABC-123（一般名）の第Ⅲ相試験 | | |
| 公表に関する  担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：  TEL：　　　　　 　　FAX: 　　　　　　　Email： | | |