**医様式１４**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 治験事務局受付番号 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　　年　　月　　日

異 議 申 立 書

　岩手県立　　　　病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（名称）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験責任医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所属）　　　　　　科

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏　名）

　西暦　　　年　　月　　日付「治験の実施に関する通知書」による指示・決定について異議を申し立てますので、治験審査委員会による再度の審査を求めます。

|  |  |
| --- | --- |
| 治験課題名 | 治験階相　　　　　：□探索的試験･□検証的試験･□治療的試験  治験実施計画書番号：  　（西暦　　　年　　月　　日作成） |
| 通知された指示決定の内容 |  |
| 異議申し立て事項 |  |
| 理由等 |  |