

## 安全性情報等に関する見解

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			
確認資料	<input type="checkbox"/> 安全性情報等に関する報告書（西暦 年 月 日付 書式16） <input type="checkbox"/> 治験安全性情報の年次報告（西暦 年 月 日付） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
治験責任医師の 見解	治験の継続 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 治験実施計画書の改訂 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 説明文書、同意文書（見本）の改訂 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 その他（ ）		
	コメント（必要な場合）：		

※製造販売後臨床試験の場合は「治験」を「製造販売後臨床試験」と読み替える。

西暦 年 月 日

治験責任医師： \_\_\_\_\_