

|      |   |
|------|---|
| 整理番号 |   |
| 区分   | <input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験                              |
|      | <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品 |

西暦 年 月 日

## 治験審査結果通知書

## 実施医療機関の長

一般社団法人福岡県社会保険医療協会  
社会保険田川病院 病院長 殿

## 治験審査委員会

一般社団法人福岡県社会保険医療協会  
社会保険田川病院 治験審査委員会  
福岡県田川市上本町 10-18  
黒松 肇

審査依頼のあった件についての審査結果を下記のとおり通知いたします。

## 記

|                   |   |           |  |
|-------------------|---|-----------|--|
| 被験薬の化学名<br>又は識別記号 |   | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名             |   |           |  |
| 審査事項<br>(審査資料)    | <input type="checkbox"/> 治験の実施の適否 (治験依頼書 (西暦 年 月 日付書式 3))<br><input type="checkbox"/> 治験の継続の適否<br><input type="checkbox"/> 重篤な有害事象等に関する報告書<br><input type="checkbox"/> 医薬品治験 (西暦 年 月 日付書式 12))<br><input type="checkbox"/> 医薬品製造販売後臨床試験 (西暦 年 月 日付書式 13))<br><input type="checkbox"/> 医療機器治験 (西暦 年 月 日付書式 14))<br><input type="checkbox"/> 医療機器製造販売後臨床試験 (西暦 年 月 日付書式 15))<br><input type="checkbox"/> 再生医療等製品治験 (西暦 年 月 日付書式 19))<br><input type="checkbox"/> 再生医療等製品製造販売後臨床試験 (西暦 年 月 日付書式 20))<br><input type="checkbox"/> 安全性情報等<br><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))<br><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))<br><input type="checkbox"/> 治験に関する変更<br><input type="checkbox"/> 治験に関する変更申請書 (西暦 年 月 日付書式 10))<br><input type="checkbox"/> 治験に関する変更申請書 (西暦 年 月 日付書式 10))<br><input type="checkbox"/> 緊急の危険を回避するための治験実施計画書からの逸脱<br>(緊急の危険を回避するための治験実施計画書からの逸脱に関する報告書<br>(西暦 年 月 日付書式 8))<br><input type="checkbox"/> 継続審査<br>(治験実施状況報告書 (西暦 年 月 日付書式 11))<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |           |  |
| 審査区分              | <input type="checkbox"/> 委員会審査 (審査日: 西暦 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 迅速審査 (審査終了日: 西暦 年 月 日)   |           |  |
| 審査結果              | <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 修正の上で承認 <input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/> 既承認事項の取り消し <input type="checkbox"/> 保留  |           |  |
| 「承認」以外の<br>場合の理由等 |   |           |  |
| 備考                |   |           |  |

西暦 年 月 日

治験依頼者 (名称) 殿

治験責任医師 (氏名) 殿

依頼のあった治験に関する審査事項について上記のとおり決定しましたので通知いたします。

## 実施医療機関の長

一般社団法人福岡県社会保険医療協会  
社会保険田川病院 病院長

注) 安全性情報等について、治験審査委員会が実施医療機関の長、治験依頼者及び治験責任医師 ((長≠責)のみ) に同時提出する場合は、本書式は治験審査委員会が作成し、書式下部の通知日は使用せず、実施医療機関の長欄には「該当せず」と記載する。同時に提出しない場合及び安全性情報等以外の審査事項については、本書式は治験審査委員会が作成し、実施医療機関の長に提出する。治験審査委員会の決定と実施医療機関の長の指示が同じである場合には、実施医療機関の長は、書式下部に通知日及び実施医療機関の長欄に記載し、治験依頼者及び治験責任医師 ((長≠責)のみ) に提出する。異なる場合には参考書式 1 を使用する。  
(長=責): 治験責任医師欄は「該当せず」と記載する。

西暦 年 年 日

治験審査委員会委員出欠リスト

Table with 5 columns: 氏名, 職業、資格及び所属, 委員区分, 出欠, 備考. The table contains 20 empty rows for data entry.

注) 委員区分については以下の区分により番号で記載する。

- ① 非専門委員
② 実施医療機関と利害関係を有しない委員 (①に定める委員を除く)
③ 治験審査委員会の設置者と利害関係を有しない委員 (①に定める委員を除く)
④ ①~③以外の委員

また、出欠については以下の区分により記号で記載する。

- (出席し、かつ当該治験に関与しない委員)
- (出席したが、当該治験に関与するため審議及び採決に不参加の委員)
× (欠席した委員)

本治験審査委員会は、本治験審査委員会の標準業務手順書及び「医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令」(平成 9 年厚生省令第 28 号)、「医療機器の臨床試験の実施の基準に関する省令」(平成 17 年厚生労働省令第 36 号)、「再生医療等製品の臨床試験の実施の基準に関する省令」(平成 26 年厚生労働省令第 89 号)、「医薬品の製造販売後の調査及び試験の実施の基準に関する省令」(平成 16 年厚生労働省令第 171 号)、「医療機器の製造販売後の調査及び試験の実施の基準に関する省令」(平成 17 年厚生労働省令第 38 号)、「再生医療等製品の製造販売後の調査及び試験の実施の基準に関する省令」(平成 26 年厚生労働省令第 90 号)に従って組織され、活動していることを確認し、保証いたします。