異議申立書

(西暦)　　　年　　月　　日

名古屋市立大学病院長　殿

 治験責任医師

 (署名)

　（西暦）　　　年　　月　　日付治験審査結果通知書による決定について異議を申し立てますので、医薬品等臨床試験審査委員会における再度の審査を求めます。

|  |  |
| --- | --- |
| 治験課題名 |  |
| 通知された決定の内容 |  |
| 異議申し立て事項 |  |
| 理由等 |  |