（様式３）

 令和 年 月 日

治験審査委員会委員長 様

 滋賀県立総合病院　病院長

 　　　　　　 　 印

 下記の調査の実施について、その可否の審議を依頼します。

記

１．調査責任医師名 （所属・氏名）

２．調査依頼者名

1. 調査対象品名
2. 調査目的

 （１）使用成績調査 （２）特定使用成績調査 （３）医療機器

1. 調査対象

調査予定症例数

1. 調査期間

 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

1. 備 考