

## 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 :