薬護ゃＢ

**治験(医療機器臨床試験を含む)等業務従事証明書**

　次の者は、下記の治験(医療機器臨床試験を含む)等業務に従事したことを証明いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| １．従事者氏名(申請者名) |  |
| ２．所 　　属 |  |

記

|  |  |
| --- | --- |
| １．治験(医療機器臨床試験を含む)等における役割 |  |
| ２．治験(医療機器臨床試験を含む)等依頼者 |  |
| ３．治験薬・医療機器等コード名 |  |
| ４．治験(医療機器臨床試験を含む)等課題名 |  |
| ５．治験(医療機器臨床試験を含む)等区分 |  |
| ６．治験(医療機器臨床試験を含む)等実施期間 | 平成・令和　　　　年　　 　月 　 　　日　から平成・令和　　　　年　 　　月 　　　日　まで |
| 令和　　年　　月　　日　治験（医療機器臨床試験を含む）等責任（分担）者　　　　　　　　　　　　所　属氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

＊ 対象は、リウマチ性疾患に対する医薬品（体外診断用医薬品を含む）・医療機器等の製造承認を目的とした治験および製造販売後臨床試験（市販後臨床試験）、ならびに臨床研究法にいう特定臨床研究である。