**治験等\*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) |  |
| 職種に〇： 医　師・看護師・薬剤師・理学療法士・作業療法士 |
| ２．所 　　属 |  |

記

|  |  |
| --- | --- |
| １．治験等における役割 |  |
| ２．治験等依頼者 |  |
| ３．治験薬・医療機器等コード名 |  |
| ４．治験等課題名 |  |
| ５．治験等区分 |  |
| ６．治験等実施期間 | 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。