リ

共看護ゃＢ

**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。