西暦　　　　年　　　月　　日

有害事象等検討小委員会への検討依頼状

有害事象等検討小委員会 委員長 殿

実施機関の研究責任医師

所属

職名

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

研究課題名　　　：

上記の研究課題について、有害事象等検討小委員会へ検討依頼いたします。