西暦　　　年　　月　　日

委任状

中央治験審査委員会

特定非営利活動法人治験ネットワーク福岡

中央治験審査委員会　委員長　殿

治験責任医師

（実施医療機関名）

（職名・氏名）

下記の治験において、西暦　　　　年　　月　　日に開催される特定非営利活動法人治験ネットワーク福岡　中央治験審査委員会の審査における試験内容の説明およびこれに伴う一切の件を　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め、権限を委任します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 治験課題名 |  |

以上

代理人の所属・氏名・研究における立場を記載すること