西暦　　　年　　月　　日

業務委託について説明した文書

国立大学法人

東京医科歯科大学医学部附属病院

病院長　殿

治験依頼者

所在地：

会社名：

代表者：

（押印は省略可）

被験薬の化学名又は識別記号：

治験課題名：

治験実施計画書番号：

上記治験を実施するにあたり、下記のとおり一部業務を委託します。

記

１．業務委託先（業務委託契約先）

所在地：

会社名：

代表者：

２．治験依頼者と業務委託先との業務委託契約締結日　西暦　　　年　　月　　日

３．治験依頼者と業務委託先との業務委託契約期間

西暦　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日

４．委託する業務内容、範囲

　　①

　　②

　　③

　　④

　　⑤