西暦　　年　　月　　日

**調査業務受託者の業務範囲に関する資料**

京都大学医学部附属病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　調査依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　（住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　（名称）

　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　調査業務受託者

　　　　　　　　（住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　（名称）

　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

貴院に申請する下記調査は、GPSP省令第171号に基づき、以下の通り調査業務の一部を委託していることを報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品等名 |  |
| 課題名 |  |
| 調査業務受託者が実施する業務 |  |
| 提出資料 | 委受託契約書（写） |

※調査依頼者と開発業務受託機関との関係が分かる書類を添付願います。