治験薬副作用・感染症症例報告留保解除申出書

●年●月●日

独立行政法人医薬品医療機器総合機構理事長 殿

 　　　　東京都●●区●●●△丁目△番△

 　　　　○○○○○株式会社

 　　　　代表取締役社長 ■■　■■

|  |  |
| --- | --- |
| 治験成分記号（一般的名称） | ●●●（●●●） |
| 報告を留保した理由 |  |
| 留保期間 | ●年●月●日～■年■月■日 |
| 留保を解除する理由 |  |
| 備考 |  |
| 担当者名及び連絡先 | 担当者：連絡先（電話及びメール）： |