西暦　　　　　年　　月　　日

**治験実施計画書等修正確認書**

小児治験ネットワーク中央治験審査委員会

　委員長　殿

実施医療機関の長

（実施医療機関名）（長の職名）

西暦　　　　年　　月　　日付で「修正の上で承認」と通知のあった以下の治験について、適切に修正がなされ、修正内容が承認の条件を満たしていることを確認しましたので報告いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 整理番号 | 被験薬の化学名又は識別記号 | 治験実施計画書番号 |
|  |  |  |
| 対応内容（概略） |

上記の治験において、修正内容が承認の条件とした事項を満たしていることを確認しました。

西暦　　　　　年　　月　　日

小児治験ネットワーク中央治験審査委員会　委員長

（委員長名）