ＩＲＢ委員からの質問

|  |
| --- |
| 受付番号　　　　　　治験薬名　　　　　　　　　質問者　　　　　　　会社名 |
| 質問内容 |
| 回答内容 |
|  |
| 責任医師のコメント |
| 依頼者のコメント |