

新規治験等申込書

西暦 年 月 日

審査区分	治 験 (医師主導治験)		製造販売後臨床試験		
	1. 医薬品 2. 医療機器 3. 体外診断薬 4. 再生医療等製品 5. その他 ()		1. 医薬品 2. 医療機器 3. 体外診断薬 4. その他 ()		
診療科名		診療部長 (部長)		責任医師	
化学名又は 識別記号			一般名		
治験課題名					
開発の相	第 () 相		プロトコールNo.		
依頼者 住 所 連 絡 先	依 頼 者 担当者名 (所属)				
	連絡先 〒				
	メールアドレス: @ TEL: ()				
	(依頼 CRO) 会社名: 担当者名 (所属): 〒 メールアドレス: @ TEL: ()				
剤 型	内 用		保管条件	1. 常温 2. 冷所	
	外 用			1. 常温 2. 冷所	
	注 射			1. 常温 2. 冷所	
予定症例数	当院	症例 (国内 症例)	入・外の別	1. 外来 2. 入院 3. 入院・外来	
治験期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日				
	エントリー期間 (西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日)				
実施検査等	<input type="checkbox"/> 血液検査一般 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 病理検査 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> X線検査 <input type="checkbox"/> CT・MRI <input type="checkbox"/> その他特殊なもの ()				
備 考	HP で公開可能な項目 (必ず <input type="checkbox"/> にチェックをお願いします) <input type="checkbox"/> 治験依頼者名 <input type="checkbox"/> 化学名または識別記号 <input type="checkbox"/> 一般名 <input type="checkbox"/> 開発の相 <input type="checkbox"/> 対象疾患名				
	資料添付	あり・なし	受付番号	第	号

治験事務局用