

新規治験等申込書

西暦 年 月 日

| | | | | |
|---------------|--|---------------------------------------|----------------------|-------------|
| 審査区分 | 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 | 科 | 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. | | |
| 依頼者名 | 会社名: | | | |
| | 担当者名 (所属): | | | |
| 住 所 | 〒 | | | |
| 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□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 |