

【注意事項】 1. A4用紙1枚で提出 2. 医療機器は(g)欄を省略して構いません。

受入番号

※必ずワードで作成ください。

治 験 概 要 <見本>

診療科目	《受託研究担当科名》科	患者氏名	
カルテ番号			

(a) 依頼者の氏名・住所及び連絡先	依頼者: ○○○○株式会社 代表取締役社長 ○○ ○○ 住所: 〒○○○-○○○○ 東京都○○区○○ ○丁目○番○号	契約者 様式1号にある依頼者と同じ
	※1) 連 絡 先: 〒○○○-○○○○ 東京都○○区○○ ○丁目○番○号 ○○○○株式会社 ○○○○部 ○○グループ ※2) 担当者: ○○○ ○○○ 電話: 03-○○○○-○○○○ FAX: 03-○○○○-○○○○	様式1号にある連絡担当者と同じ 会社名、部署は全部書くこと
(b) 試験の題目	同じ治験薬で試験を2種類以上行う場合は「オープン」「長期投与」等を太文字で強調する。	
(c) 治験薬等の名称及び 予定される効能・効果	治 験 薬 の 名 称 :	(内・注・外)
	予定される効能効果:	
(d) 薬事法に基づく届出の年月日(届出回数)及び治験成分記号	届 出 年 月 日 : 20○○年○○月○○日	
	治 験 成 分 記 号 :	
(e) 治験実施期間 (治験の開始日及び終了日)	開 始 日 :	未記入
	終 了 日 :	20○○年○○月○○日
(f) 治験の責任医師(診療科・氏名)		
(g) 同種同効薬(院内採用薬)	商品名: (一般名も併記) 書き切れない場合は「裏面参照」と記入すること(両面コピー) 禁止の場合は『併用禁止』と記載	
厚生労働省の業者コード	9桁 なければ「なし」と記入	
備 考	★2科にまたがり治験を行う場合、その内容を記載する。 例「筋電図検査は神経内科で行う」 ※1) 請求書の送付先は、(a)の連絡先となります。 上記と異なる場合は、備考欄に送付先を記載する。 ※2) 担当者が変更になった際は、その内容を備考欄に記載する。 例「20○○年○月○日から担当者変更(前任者:○○○○)」	