治 験 概 要

診 療 科 目 （ 病棟名 ）		患 者 氏 名	
カルテ No.			

治験依頼者の氏名・住所及び連絡先 注意事項 1. 連絡先と研究費の請求先が異なる場合は、請求先の記載もお願いします 2. 担当者、連絡先等記載内容が変更となった場合は、差し換えをお願いします	治験依頼者：○ ○ ○ ○ 株式会社 代表取締役社長　○ ○ ○ ○ 住所：東京都 ○ ○ 区 ○ ○ 丁目 ○ 番 ○ 号
	連絡先：〒○○－○○○○　東京都○○区 ○○丁目○ 番 ○ 号 ○ ○ ○ ○株式会社　○ ○ ○ ○部 担当者：○ ○ ○ ○ 電話　：０３－○○○○－○○○○ Fax　：０３－○○○○－○○○○ E-mail：
治験薬等の名称および予定される効能・効果	治験薬の名称：○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
	予定される効能・効果：○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
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：平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日（届出回数　○ 回）
	治験成分記号：○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
当該患者に対する治験実施期間（治験薬の投与開始日及び投与終了日）	同意取得日：平成　　年　　月　　日 投与開始日：平成　　年　　月　　日 投与終了日：平成　　年　　月　　日
治験の実施責任医師	○ ○ ○ ○ ○ ○
備考	以下の費用については依頼者請求とする （注意事項　：　覚書で交わした内容を参考に記載してください） ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ 契約日：平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

注意）未割り付け症例の研究費契約がある場合は以下の項目を欄外に記載してください。

□　同意取得後の未割り付け症例

注意）製造販売後臨床試験の場合は治験概要を製造販売後臨床試験概要に変更して下さい。