治 験 概 要（治験実施期間外）

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：○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
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 ・ ○○○○○○○ ・ ・ ・ ・ 理由 １．治験登録に必要なため ２．追跡調査のため ３．その他（ ） 実施日：平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 又は 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日～平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日