



治 験 概 要

診療科目		患者氏名	
カルテ番号		患者ID	

(a) 治験依頼者の氏名・住所 及び連絡先	<u>治験依頼者：</u> <u>代 表 者：</u> <u>住 所：</u>
	<u>請求書等送付先</u> 住所：〒 - 名称： 担当者： 電 話： F A X： <u>連 絡 先</u> 担当者： 電 話： F A X：
(b) 治験薬等の名称及び予定 される効能・効果	治験薬の名称：
	予定される効能効果：
医薬品医療機器等法に基づく 届出の年月日 (届出回数)及び治験成分記号	届出年月日：西暦 年 月 日 (届出回数 回)
	治験成分記号：
(d) 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)	投与開始日：西暦 年 月 日
	投与終了日：西暦 年 月 日 (予定・終了)
(e) 治験の実施責任医師	
(f) 研究期間	西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日