

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

(西暦) 年 月 日

新規治験仮申請書

浜松医科大学医学部附属病院 病院長 殿

治験責任医師

所 属

職 名

氏 名

下記のとおり、新規治験の実施について仮申請をします。

記

被験薬の化学名 又は識別記号		治験実施計画書番号	
治験課題名			
治験依頼者(会社名)			
治験の段階	第 相 (前 ・ 後)	剤型	
デザイン			
対象疾患			
1症例の治験期間			
治験予定期間	(西暦) 年 月 日まで (実施計画書と同一年月日)		
目標症例数	例 (全期間中の当院での実施予定症例数)		
添付資料			
治験依頼者側 担当者の連絡先	住所：〒 所属： 氏名： TEL： FAX： E-mail：		

注) 添付資料については事務局に確認すること。