　　　作成日：　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号　　　第　　　　　－　　　　　号（企業依頼・医師主導） | |
| ａ－１  治験依頼者 | 社名 |
| 代表者氏名 |
| 所在地　〒  治験国内管理人の場合は社名の前に  (治験国内管理人)と表示してください。 |
| 担当者氏名 |
| 連絡先住所　〒 |
| 連絡先　TEL及びFAX  　　　 E-mail； @ |
| ａ―２  開発業務受託機関（CRO） | 社名 |
| 代表者氏名 |
| 所在地　〒 |
| 担当者氏名 |
| 連絡先住所　〒 |
| 連絡先　TEL及びFAX  　　　 E-mail； @ |
| 請求書宛名・送付先  （a-1、a-2で記載） | 宛　名： a-1　a-2　その他（　　　　　　　　　　）  送付先： a-1　a-2　その他（　　　　　　　　　　） |
| ｂ  治験薬又は治験機器 | 名称（別名又は一般名）　　　　　　　　(　　　　　　　) |
| 予定されている効能効果： |
| ｃ  医薬品・医療機器等法に基づく届出  (治験届) | 届出日　　　　　　 年　　 月　　 日 |
| 治験識別記号 |
| ｄ**※**  当該患者の実施期間 | 年　　　月　　日　　～　　　　年　　　月　　　日 |
| ｅ  実施診療科・責任医師 | 実施診療科　　　　　　　　科 |
| 責任医師 |
| ｆ**※**  処方例 |  |

※印は未記入