

施設概要書

印

医 療 機 関 名			
医 療 機 関 の 長	所属・職名／氏名：		
標 榜 診 療 科			
住 所	〒		
T E L / F A X	T E L：		F A X：
ホ-ムページ / メールアドレス	U R L：		E-mail：
病 床 数			
設 立 年 月 日			
職 員 構 成 (合計 名)	医 師：名 看護師：名 薬剤師：名	臨床検査技師：名 (衛生検査技師含む) 栄 養 士：名 (管理栄養士含む) そ の 他：名 (事務等)	
臨 床 検 査	☐ 院 内 ☐ 院 外 → (委託検査先：)		
緊 急 時 体 制			
過 去 5 年 間 の 実 施 状 況	治験 実 績： 件 (疾患名：) 実施中： 件 (疾患名：)	製造販売後臨床試験 実 績： 件 (疾患名：) 実施中： 件 (疾患名：)	
治 験 事 務 局 長	所属・職名／氏名：		
治 験 薬 管 理 者	所属・職名／氏名：		
記 録 保 存 責 任 者	診療録・検査データ・同意文書等： 所属・職名／氏名 治験受託に関する文書等： 所属・職名／氏名 治験薬に関する記録： 所属・職名／氏名		
治 験 施 設 支 援 機 関 名			
備 考			