

整理番号		
区分	☐ 治験	☐ 製造販売後臨床試験
	☐ 医薬品	☐ 医療機器

西暦 年 月 日

治験依頼書

実施医療機関の長
(実施医療機関名) (長の職名) 殿

治験依頼者
(名称)
(代表者) 印
治験責任医師
(氏名) 印

下記の治験を依頼いたします。

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	☐ 新規依頼 ☐ 継続依頼		
目標とする 被験者数(予定)	例		
治験の期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日		
担当者連絡先	氏名 : 所属 : TEL : FAX : Email :		

添付資料一覧

資料名	作成年月日	版表示
☐ 治験実施計画書		
	西暦 年 月 日	
☐ 治験薬概要書又は添付文書		
	西暦 年 月 日	
☐ 症例報告書の見本		
	西暦 年 月 日	
☐ 説明文書、同意文書		
	西暦 年 月 日	
☐ 治験責任医師となるべき者の氏名を記載した文書(履歴書)		
	西暦 年 月 日	
☐ 治験分担医師となるべき者の氏名を記載した文書(氏名リスト)		
	西暦 年 月 日	
☐ 治験の費用の負担について説明した文書		
	西暦 年 月 日	
☐ 被験者の健康被害の補償について説明した文書		
	西暦 年 月 日	
☐ 被験者の募集の手順(広告等)に関する資料		
	西暦 年 月 日	
☐ 被験者の安全等に係る資料		
	西暦 年 月 日	
☐ その他		
	西暦 年 月 日	

注) (長≠責) : 本書式は治験依頼者が治験責任医師の合意のもと、正本(記名捺印又は署名したもの)を1部作成し、実施医療機関の長に提出する。
(長=責) : 本書式は治験依頼者が正本(記名捺印又は署名したもの)を1部作成し、実施医療機関の長に提出する。なお、治験責任医師欄は“該当せず”と記載する。