

箕書式1

| | |
|------|--|
| 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 |

平成 年 月 日

治 験 申 請 書

箕面市立病院総長 様

治験責任医師

所 属

職 名

氏 名

印

下記のとおり治験を実施したく申請申し上げます。

なお、本治験は、治験審査委員会が承認し、これに基づく総長からの指示・決定が通知された後に実施致します。

記

| | | | |
|-----------|--|-----|--|
| 治験薬コード名 | | 一般名 | |
| 治 験 課 題 名 | (治験実施計画No. : 版数 : 作成年月日 :) | | |
| 治 験 の 内 容 | | | |
| 治験依頼者名 | | | |
| 治験予定期間 | 契約締結日 ~ 平成 年 月 日 | | |
| 予定被験者数 | 例 | | |