

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。