

治験事務局受付日	
治験事務局受付番号	

治 験 概 要

診療科目		患者氏名	
カルテ番号			

(a) 治験依頼者の氏名・住所及び連絡先	治験依頼者：
	住 所：
	連 絡 先：〒 ー
	担 当 者：
	電 話：
	F A X：
(b) 治験薬等の名称及び予定される効能・効果	治験薬の名称：
	予定される効能効果：
(c) 薬事法に基づく届出の年月日（届出回数）及び治験成分記号	届出年月日：平成 年 月 日（届出回数 ）
	治験成分記号：
(d) 当該患者に対する治験実施期間（治験薬の投与開始日及び投与終了日）	投与開始日：平成 年 月 日
	投与終了日：平成 年 月 日（予定、終了）
(e) 治験の実施責任医師	
備 考	

（診療報酬明細書添付用）