（資料２-1）

治　験　概　要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | 診療科目 | 　　　　　　　　　　　　 |
| ＩＤ番号 |  | 患者氏名 |  |
| 　臨床研究支援センター受付番号 |  | 臨床研究支援センターにて受付の際に発行された番号（7桁）を記載してください。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (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：（上記と異なる場合）担当者：電　話：： |
| (ｂ) 治験薬の名称及び予定　　される効能・効果 | 治験薬の名称：（未定の場合は治験成分記号を記載）院内取扱い名称： |
| 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（治験薬記号）： |
| (ｄ) 当該患者に対する治験　　実施期間（治験薬の投与　　開始日及び投薬終了日） | 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 | □ 企業主導治験　　□ 医師主導治験 |

（診療報酬明細書添付用）