

書式3

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 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

西暦 年 月 日

治験依頼書

実施医療機関の長

順天堂大学医学部附属順天堂医院 院長 殿

治験依頼者
(名称)
(代表者)

・整理番号は記載しないで下さい。
・該当区分を黒塗りして下さい。

コメントの追加 [A1]: 実施医療機関の長は「順天堂大学医学部附属順天堂医院 院長」に統一して下さい。

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	<input checked="" type="checkbox"/> 新規依頼 <input type="checkbox"/> 継続依頼 治験実施計画書の課題名を記載して下さい。 <input type="checkbox"/> 治験審査委員会の会議の記録の概要に上記治験課題名を使用可 <small>※上記治験課題名と異なる課題名の使用を希望する場合は下欄に記載</small>		
	<input checked="" type="checkbox"/> 株式会社の依頼による		
	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:

コメントの追加 [A2]: 治験実施計画書番号を記載して下さい。

コメントの追加 [A3]: 治験課題名の下段は、治験審査委員会の設置者が作成する会議の記録の概要に使用する課題（課題名）を記載して下さい。

添付資料一覧

資料名	作成年月日	版表示
<input type="checkbox"/> 治験実施計画書	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 治験薬概要書又は添付文書	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 症例報告書の見本 ※治験実施計画書において記載事項が十分に読み取れる場合は不要	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 説明文書、同意文書	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 治験の費用の負担について説明した文書（被験者への支払（支払がある場合）に関する資料）	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 被験者の募集の手順（広告等）に関する資料	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 被験者の安全等に係る資料	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> その他	西暦 年 月 日	

コメントの追加 [A4]: 別紙の添付は不可。全て添付資料一覧に記載をお願いします。

コメントの追加 [A5]: 併用薬等の添付文書がある場合は、添付文書の資料名も記載をお願いします。

コメントの追加 [A6]: 「治験分担医師・治験協力者リスト（書式2）」を代用可能。

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作成し、実施医療機関の長に提出する。