書式3

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
社会医療法人医仁会　中村記念病院　　病院長　殿

治験依頼者
（名称）
（代表者）

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		
	□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 ※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		
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　※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	
□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（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	
□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。