

治験概要

(この様式で別途作成すること)

平成 年 月 日

診療科目	科	患者氏名	
識別コード		ID 番号	

(a) 治験依頼者の所在地・名称 代表者名及び連絡先	治験依頼者 所在地：〒
	名 称： 代 表 者： 連絡先 所在地： 名 称： 部 署 名： 担当者名： 電話番号： FAX：
(b) 治験薬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) 薬事法に基づく届け出の年月日 (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)	投薬開始日：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)