

各社治験担当者 殿

臨床研究センター

治験管理部門・治験事務局

(内線 2397)

治験概要の記載について

貴社より依頼を受けた臨床治験に付随する臨床検査、画像診断、当該治験薬と同効薬剤の投与について、厚生省令第33号に基づき、治験概要（近畿大学専用のもので作成しています。）の提示が義務付けられました。下記の指示に従って洩れ、誤りのないように処理をお願いします。

また、治験期間中に記載事項に変更が生じた場合、担当が交代した場合には、速やかに連絡するようお願い致します。

記

「治験概要」（A4サイズ）の ID番号、患者氏名、(d) 当該患者に対する治験実施期間の欄は空白のままで、それ以外はすべて記入 のこと。記入はワープロ入力すること。（手書き不可）

【提出先】

- ・ 治験事務局（メール添付ファイル（ワード）送付可）

E-mail: ck-jimu@med.kindai.ac.jp

近大整理番号第 号

(a) 治験依頼者の氏名・住所 及び連絡先	(治験依頼者)
	(支払い担当会社名・請求書の宛名)
	(請求書送付先の住所・担当者) 〒 会社名 : 担当者 : Tel: Fax: E-mail:
(b) 治験機器等の名称及び予定される効能・効果	治験機器の名称:
	予定される効能・効果
(c) 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づく届出の年月日（届出回数）及び治験機器記号	届出年月日：平成 年 月 日 (届出回数)
	治験機器記号：
(d) 当該患者に対する治験実施期間及び治験機器を用いた手術又は処置が行われた日	開始日：平成 年 月 日 終了日：平成 年 月 日（予定、終了） 手術又は処置日：平成 年 月 日
(e) 治験の実施責任医師	
備考	