

西暦 年 月 日

治験の調査審議に関する事前調査依頼書

新赤坂クリニック  
 治験審査委員会  
 委員長 \_\_\_\_\_ 殿

新赤坂クリニック  
 院長 \_\_\_\_\_ 印

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			
治験依頼者名			
実施医療機関名			
治験の内容			
予定被験者数	症例		
実施予定期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日		
治験責任医師			
治験分担医師 ( 全 員 )			

備考欄	
-----	--