

西暦 年 月 日

治験の調査審議に関する事前調査報告書

新赤坂クリニック

院長 _____ 殿

新赤坂クリニック

治験審査委員会

委員長 _____ 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) | | | |

| | |
|---------|--|
| 審 査 結 果 | <input type="checkbox"/> 調査審議 可 <input type="checkbox"/> 調査審議 可 (専門家が必要) <input type="checkbox"/> 調査審議 可 (特定の専門的事項は、他の治験審査委員会の意見を聴く必要がある) <input type="checkbox"/> 調査審議 不可 |
| 備 考 | |