

F A X送信シート

治験ヒアリング申し込み用紙

年 月 日

治験申し込み手続きに先立ち臨床研究支援室でヒアリングを行います。本紙に必要な事項をご記入のうえ、そのまま臨床研究支援室までF A X送信をお願い致します。

治験薬成分記号 又は治験薬コード		一般名	
治験課題名			
治験実施申請科		治験責任医師	
対象疾患		当院予定症例数	
被験者登録期間	～ 年 月 日	治験実施期間	～ 年 月 日
依頼者		電話番号	
担当者		FAX 番号	

治験ヒアリング日程決定通知

年 月 日

申し込みのありました治験について下記の通りヒアリングを実施することとなりましたので、通知致します。

日 時	年 月 日 () 時 分～ 時 分
場 所	臨床研究支援室

治験ヒアリングに必要な書類は、HP掲載の通りとなっております。あらかじめご用意下さい。

治験ヒアリング実施記録

下記の通りヒアリングを実施しました。

日 時	年 月 日 () 時 分～ 時 分
場 所	臨床研究支援室
出席者	