

院内での被験者募集に関する申請書

西暦 年 月 日

獨協医科大学日光医療センター

病院長 殿

治験責任医師

所属・職名：

氏 名 ：

治験依頼者

住 所 ：

会社名 ：

代表者 ：

下記の治験において被験者の確保を図るため、下記の要領で被験者の募集を計画しております。
 なお、本文書は、GCP上の「被験者の募集の手順に関する資料」に相当するものであります。

記

治験薬成分記号 又は治験薬コード名		一般名	
治験課題名	第 相 (治験実施計画書番号：)		
募集媒体の種類	<input type="checkbox"/> ポスター <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 小冊子 <input type="checkbox"/> その他 ()		
サイズ	※A6～A0の範囲で指定してください。 ポスター () パンフレット ()		
設置場所			
設置(配布)期間	治験審査委員会承認日～ 年 月 日		
掲示内容	被験者募集に関する事項(適格性、検査スケジュール)を簡単に分かりやすく記載		
理由			

※押印省略