

医師主導治験担当者連絡票

治験課題名 _____

実務担当者所属部署名 _____

実務担当者氏名 _____

連絡先 TEL _____

FAX _____

メール _____

区分 医薬品（第_____相） 医療機器
 1. 厚生労働省の製造承認前又は発売前の医薬品等
 2. 発売後新たな薬効の開発をする医薬品等

治験薬名 _____
(成分記号) _____

治験責任医師 診療科(部) _____

職名 _____

氏名 _____