

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 \_\_\_\_\_