

| | | |
|------|------------------------------|------------------------------------|
| 受付番号 | | |
| 区分 | <input type="checkbox"/> 治験 | <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験 |
| | <input type="checkbox"/> 医薬品 | <input type="checkbox"/> 医療機器 |

西暦 年 月 日

予備審査申請書

京都大学医学部附属病院
治験事務局 殿

治験依頼者 _____

担当者所属 _____

フリガナ

氏名 _____

連絡先 TEL : _____

FAX : _____

e-mail : _____

治験・製造販売後臨床試験の予備審査申請について

下記により申請します。

記

| | | | |
|------------------------|------------------|-----------------|--|
| 被験薬の化学名 又は識別記号 | | 本院における 予定症例数 | |
| 治験課題名 | | | |
| 会議記録の概要に 表示する議題名の希望 | | | |
| 本院における 契約期間 | 契約締結日 ～ 西暦 年 月 日 | | |
| 治験責任医師 (所属・職名・氏名) | | | |
| 治験分担医師 (所属・職名・氏名) | | | |
| 治験協力者(医師) (所属・氏名) | | | |
| 治験協力者(医師以外) (所属・氏名) | | | |