

医薬品等臨床研究担当者連絡票

委託者 _____

担当者所属部署名 _____

担当者氏名 _____

連絡先 郵便番号 _____ - _____

住所 _____

TEL _____

FAX _____

E-mail _____

研究題目 _____

区分 医薬品（第 _____ 相） 医療機器 体外診断薬
 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 _____

事務局使用欄 審査番号:

--