

整理番号	
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 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

西暦                      年      月      日

### 治験受入申込書

京都大学医学部附属病院長 殿

治験依頼者

(住 所)

(名 称)

(代表者)

印

下記の治験について、以下のとおり申込いたします。

記

被験薬の化学名 又は識別記号		治験実施 計画書番号		開発の相	
治験課題名					
対象疾患 (第3相は必須)					
治験責任医師	所属・職名：		氏名：		
治験の内容 (契約書に記載)					
プロトコル上の 治験期間	西暦	年	月	日	～ 西暦      年      月      日
契約期間	契 約	締 結	日	～ 西暦	年      月      日
貴院における 予定被験者数	例				
各症例の 治験期間	<input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 長期投与 (52週以上) 有 <input type="checkbox"/> 長期投与 (52週以上) 無				
開発業務受託 機関の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (開発業務受託機関の業務範囲に関する資料を添付)				
提供物品の有無 (契約書に記載)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (提供物品内訳書を添付)				
旅行計画の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (旅行計画書を添付)				