

依頼者が作成したものを **1 例目治験同意取得時**(遅くとも、医療費が発生する初回来院日まで)に**試験毎**に治験担当者へ**データ**で提出する。(外来会計表と共に計算受付に提出でも可)

治験概要 《記入例》

治験の整理番号を記入

整理番号	2026 - XX	被験者毎に書き込むため 患者氏名、ID 番号、識別コードは空欄
診療科名	(治験実施診療科名) 科	患者氏名
ID 番号		識別コード

(a) 治験依頼者の氏名・住所及び 連絡先(請求書送付先)の住所・担当者等	治験依頼者: ○○○○株式会社 代表取締役社長 ○○ ○○ 住所: 〒○○○-○○○○ 東京都○○区○○ ○丁目○番○号
	連絡先(請求書送付先): △△△△株式会社 臨床開発部 住所: 〒△△△-△△△△ 東京都△△区△△ △丁目△番△号 担当者: △△ △△ 電話: 080-1234-△△△△ FAX: 03-△△△△-5678
(b) 治験薬の名称及び予定される効能・効果	治験薬の名称: 治験薬名を記載
	予定される効能・効果: 効能・効果を記載
(c) 当該患者に対する治験実施期間	被験者毎に記入するため空欄 治験開始日: 年 月 日
	被験者毎に記入するため空欄 治験終了日: 年 月 日
(d) 治験の実施責任医師	宮崎 太郎
備考	

依頼者に請求する医療費が発生
しない医師主導治験等の場合
は、提出不要

(診療報酬明細書添付用)