西暦　　　　年　　月　　日

事前ヒアリング申込書

自治医科大学附属病院

　臨床研究センター　　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自ら治験を実施する者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）　　　　　　　印

　下記の通り、事前ヒアリングの申込みを行います。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名  又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  | | |
| 被験者数 | 例　※目標とする予定被験者数を記載 | | |
| 治験の期間 | 西暦 　　年 　月 　日　～　西暦 　　年 　月 　日 | | |
| 治験責任医師 | 所属・氏名 | | |