

医師主導治験 事前ヒアリング申込書 新旧対比表

改訂前	改訂後																																								
<p>自治医科大学附属病院 臨床試験センター FAX : 0285-44-7271 (医)書式T-21</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;">区分</div> <div style="width: 80%;"> <input checked="" type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 </div> </div> </div> <p style="text-align: center;">西暦 年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">事前ヒアリング申込書</p> <p>自治医科大学附属病院 臨床試験センター長 殿</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">自ら治験を実施する者 (氏名) 印</p> <p style="margin-top: 20px;">下記の通り、事前ヒアリングの申込みを行います。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">記</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">被験薬の化学名 又は識別記号</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">治験実施計画書番号</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>治験課題名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>被験者数</td> <td colspan="3">例 ※目標とする予定被験者数を記載</td> </tr> <tr> <td>治験の期間</td> <td colspan="3">契約締結日 ~ 西暦 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>治験責任医師</td> <td colspan="3">所属・氏名</td> </tr> </table>	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	契約締結日 ~ 西暦 年 月 日			治験責任医師	所属・氏名			<p>自治医科大学附属病院 臨床試験推進部 FAX : 0285-44-7271 (医)書式T-21</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;">区分</div> <div style="width: 80%;"> <input checked="" type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品 </div> </div> </div> <p style="text-align: center;">西暦 年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">事前ヒアリング申込書</p> <p>自治医科大学附属病院 臨床試験推進部 御中</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">自ら治験を実施する者 (氏名) 印</p> <p style="margin-top: 20px;">下記の通り、事前ヒアリングの申込みを行います。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">記</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">被験薬の化学名 又は識別記号</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">治験実施計画書番号</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>治験課題名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>被験者数</td> <td colspan="3">例 ※目標とする予定被験者数を記載</td> </tr> <tr> <td>治験の期間</td> <td colspan="3">西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>治験責任医師</td> <td colspan="3">所属・氏名</td> </tr> </table>	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		
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	契約締結日 ~ 西暦 年 月 日																																								
治験責任医師	所属・氏名																																								
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																																								