

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 書式T-21</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 30px;">区分</td> <td><input type="checkbox"/> 治験</td> <td><input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 医薬品</td> <td><input type="checkbox"/> 医療機器</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">西暦 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">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;">治験依頼者* (名称) (氏名) 印</p> <p>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;">記</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">被験者の化学名 又は識別記号</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 20%;">治験実施計画書番号</td> <td style="width: 30%;"></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> <tr> <td>担当者の連絡先</td> <td colspan="3">会社名・所属・氏名 TEL: FAX: Email:</td> </tr> </table> <p>※: 治験依頼者の欄は代表者以外の者(例: 治験実施責任者)も可とする。</p>	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	被験者の化学名 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			担当者の連絡先	会社名・所属・氏名 TEL: FAX: Email:			<p>自治医科大学附属病院 臨床試験推進部 FAX: 0285-44-7271 書式T-21</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 30px;">区分</td> <td><input type="checkbox"/> 治験</td> <td><input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 医薬品</td> <td><input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">西暦 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">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;">治験依頼者* (名称) (氏名) 印</p> <p>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;">記</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">被験者の化学名 又は識別記号</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 20%;">治験実施計画書番号</td> <td style="width: 30%;"></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> <tr> <td>担当者の連絡先</td> <td colspan="3">会社名・所属・氏名 TEL: FAX: Email:</td> </tr> </table> <p>※: 治験依頼者の欄は代表者以外の者(例: 治験実施責任者)も可とする。</p>	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	被験者の化学名 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			担当者の連絡先	会社名・所属・氏名 TEL: FAX: Email:		
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																																																									
被験者の化学名 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																																																										
担当者の連絡先	会社名・所属・氏名 TEL: FAX: Email:																																																										
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																																																									
被験者の化学名 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																																																										
担当者の連絡先	会社名・所属・氏名 TEL: FAX: Email:																																																										