西暦　　　年　　月　　日

治験検討会議出席に係る報告書

自治医科大学附属病院　病院長　殿

治験依頼者

（名称）

（代表者）　　　　　　　　印

出席者

（所属）

（職名）

　（氏名） 印

　標記のことについて報告いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名  又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  | | |
| 検討会等会場名 |  | | |
| 住所 |  | | |
| 日程 | 西暦　　　年　　月　　日　　～　　西暦　　　年　　月　　日 | | |
| 用務の概要 |  | | |
| 経費 | ①指導料 円  ②旅　費  鉄道賃 円  船　賃 円  宿泊費　　　　　　　　 円  日　当　　　　　　　　 円  ③その他 円 | | |
| 備考 |  | | |