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

　　　　　　　　　　　　　　　　　治験依頼者※

　　　　　　　　　　　　　　　　　（名称）

　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （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 |
| 担当者の連絡先 | 会社名・所属・氏名TEL：　　　　　　　FAX：Ｅmail： |

　※：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。