

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	

西暦 年 月 日

事前ヒアリング依頼書

福山市民病院
治験管理室長 殿

事前ヒアリング依頼者
(名称)

(担当者)

下記の受託研究を貴院へ依頼するにあたり、治験審査委員会へ諮る前にヒアリングをお願い致します。
記

治験依頼者			
治験薬の化学記号 又は識別番号		治験実施計画書番号	
治験課題名	<input type="checkbox"/> 新規依頼 <input type="checkbox"/> 継続依頼		
目標とする 被験者数	例	対象疾患名	
国際共同治験：該当・非該当	EDC 使用：有・無		開発相：第 相
治験の期間	西暦 年 月 日	～ 西暦 年 月 日	
担当者連絡先	氏名：	所属：	
	TEL：	FAX：	Email：

添付資料一覧

資料名	作成年月日	版番号
<input type="checkbox"/> 治験実施計画書	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 治験薬概要書又は添付文書	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 症例報告書の見本	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 説明文書、同意文書	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> その他		

事前ヒアリング実施日時	西暦 年 月 日 時 分
-------------	--------------

注) 実施日時については、相談のうえ決定する。

注) 本書式は事前ヒアリング依頼者が 1 部作成し (記名又は署名したもの)、実施日より 5 日前までに治験管理室長に提出するものとする。