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 | □新規依頼　　□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 |
| □治験実施計画書 | | |
|  | 西暦　　　年　　　月　　　日 |  |
| □治験薬概要書又は添付文書 | | |
|  | 西暦　　　年　　　月　　　日 |  |
| □症例報告書の見本 | | |
|  | 西暦　　　年　　　月　　　日 |  |
| □説明文書、同意文書 | | |
|  | 西暦　　　年　　　月　　　日 |  |
| □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。