**治験概要**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 国立がん研究センター東病院 | 診療科名 |  |
| ID番号 |  | 患者氏名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課題番号 |  | 治験責任医師 |  |
| 研究課題名 | （実施計画書№：　　　　　　　　） | | |

課題番号

|  |  |
| --- | --- |
| （ａ）治験依頼者の氏名・住所及び  連絡先 | 治験依頼者：  住所： |
| 連絡先：  担当者：  TEL：　　　　　　　　　　　FAX：  E-mail: |
| （ｂ）治験薬等の名称  及び予定される効能・効果 | 治験薬の名称： |
| 予定される効能効果：  （未定の場合は期待される効果） |
| （ｃ）薬事法に基づく届出の年月日  (届出回数）及び治験成分番号 | 届出年月日：平成 年 　月 　日（　　回） |
| 治験成分記号： |
| （ｄ）当該患者に対する治験期間 | 開始日：平成 年 　月 　日  終了日：平成 年 　月 　日（予 定） |
| （ｅ）備考 |  |

（診療報酬明細書添付用）