

## 治験実施連絡書（入院）

年 月 日

日本医科大学武蔵小杉病院

治験薬管理者殿

医事課担当者殿

(所属・)

科・

(治験責任医師名)

以下のとおり治験の  開始  終了 を連絡いたします。

目標症例数(全数)	例	被験者識別番号	
治験薬成分記号又は 治験薬コード名		一般名	
契約締結日	年 月 日		
治験依頼者	名称(法人にあっては代表者名)及び所在地  担当者の連絡先 住 所：〒 担 当 者： 所 属： 電 話： F A X：		
治験届出年月日等	届出年月日： 年 月 日		
治験演題名	第 相(治験実施計画書番号： )		
予定される効能効果			
治験実施期間	年 月 日～ 年 月 日		
当該患者に対する 治験実施期間	開始日： 年 月 日 終了日： 年 月 日		
治験責任医師	所属・氏名		
備考(分担医師名等)	分担医師の所属・氏名		

診療科名	科	患者氏名	
I D 番 号		患者性別及び 生年月日	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 明・大・昭・平 年 月 日
診療録番号			