

申込用

平成 年 月 日

プロトコル説明会

~~ピアレビュー~~ 申込書

東京大学医学部附属病院
臨床試験部長 殿
(Fax: 03-5800-8775)

- 1. 「ピアレビュー」を「プロトコル説明会」に変更した
- 2. 責任医師の捺印を不要とした
- 3. 委託者ではなくCROを含めた担当モニター個人の捺印で申し込めることとした
- 4. 委託者ではなくCROを含めた担当者の連絡先を記載していただくこととした

プロトコル説明会

下記のとおり~~ピアレビュー~~の申込みを行います。

~~治験責任医師~~

~~診療科 (部)~~

~~職 名~~

~~氏 名~~

担当モニター

~~委託者~~

~~住 所~~

所属

~~名 称~~

氏名

~~代表者~~

印

印

記

整理番号	委託者
課題名	診療科 責任医師 職名・氏名
対象疾患および期待する効能	
試験の概略	試験の種類 <input type="checkbox"/> 医薬品 [<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験] <input type="checkbox"/> 医療機器試験 <input type="checkbox"/> 体外診断薬試験 <input type="checkbox"/> その他： フェーズ <input type="checkbox"/> 第1相 <input type="checkbox"/> 第2相 (<input type="checkbox"/> 前期・ <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> 第3相 <input type="checkbox"/> 長期 <input type="checkbox"/> 第4相 <input type="checkbox"/> その他：
委託者 連絡先	担当者の所属・氏名・住所・電話・FAX・E-mail 等

備考：

担当者