（医）東大書式３０ 　　　　　西暦　　　　年　　　月　　　日

**保険外併用療養費制度に係る治験概要（□新規　□変更）**

東京大学医学部附属病院長　殿

委託者または自ら治験を実施する者\*

　住　所

所属機関・所属

職名・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

保険外併用療養費に係る治験概要について、下記のとおり提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 整理番号 |  | |
| 治験課題名 | | （治験実施計画書番号：　　　　　　　　　　　　） | | |
| 治験責任医師 | | 所属：　　　　　　　　職名：　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　印 | | |
| 治験分担医師 の所属・職名 及び氏名 | |  | | |
| 実施予定 | 期間 | ～　西暦　　　年　　月　　日 | | |
|  | 被験者数 | 例（予定契約例数：　　　　例） | | |

|  |  |
| --- | --- |
| (a)　委託者または自ら治験を実施する者の  　　 氏名・住所および連絡先 | 委託者または自ら治験を実施する者\* 　　　住　所：  　　　所属機関・所属：  　　　職名・氏　名： 担当者の連絡先（請求書の送付先）  　　　　住所・所属機関・所属： 　　　　担当者： 　　　　電　話： 　　　　ＦＡＸ： |
| (b)　治験薬・医療機器の名称及び 予定される効能・効果 | 治験薬・医療機器の名称：  予定される効能・効果： |
| (c)　治験成分記号 |  |
| 治験薬と同様の効能・効果の医薬品\*\*\*（投薬・注射に使用した場合に自ら治験を実施する者が経費を負担する） | |

\*経費を負担する者の氏名を記載する

\*\* 届出後に記載する

\*\*\*本治験薬の予定される効能・効果と同様の効能・効果を有する医薬品のうち、本治験で併用可能なもの。

　　　医療機器の場合は記載は不要。 (2019.3.25)