（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)