**申込用　　（医師主導の治験）**

西暦　　年　　月　　日

**プロトコール説明会申込書**

東京大学医学部附属病院

臨床研究支援センター センター長　殿

（Fax: 03-5800-8775）　　　　　　　　 治験責任医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科（部）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　 　　印

下記のとおりプロトコール説明会の申込みを行います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 課題名 |  |
| 対象疾患および期待する効能 |  |
| 試験の概略 | 試験の種類  □医薬品［□治験 □製造販売後臨床試験］  □医療機器試験  □体外診断薬試験  □その他：  フェーズ   * 第１相　□第２相（□前期・□後期）　□第３相　□長期　□第４相   □その他： |
| 担当者連絡先 | 担当者の所属・氏名・住所・電話・FAX・E-mail等 |

備考：