　西暦　　　年　　　月　　　日

**保険外併用療養費制度に係る治験概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 治験課題名 |  |
| 治験責任医師 | 所属：　　　　　　　　　　　　氏名： |

|  |  |
| --- | --- |
| (a)　治験依頼者の氏名・住所  　　＊医師主導治験の場合は記載不要 | 住所：  会社名：  代表者（職名・氏名）： |
| (b)　請求書送付先  　　＊医師主導治験の場合は記載不要 | 住　所：〒  会社名：  部署名： 担当者： 電　話： |
| (c)　治験薬等の名称及び 予定される効能・効果 | 治験薬等の名称：  予定される効能・効果： |