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： |