**医様式８**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 治験事務局受付番号 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　　年　　月　　日

治験使用薬診療科管理申請書

　岩手県立　　　　病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験責任医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所属）　　　　　科

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏　名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（名　称）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）

　下記の理由により、治験薬等を当診療科において管理したいので申請いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 治験責任医師 | 所属　　　　　　　　　　氏名 | | |
| 治験薬成分記号又は  治験薬コード名 |  | 一 般 名 |  |
| 治験課題名 | 治験階相　　　　　：□探索的試験･□検証的試験･□治療的試験  治験実施計画書番号：  （西暦　　　年　　月　　日作成） | | |
| 区分 | 医薬品・医療機器・体外診断用医薬品  その他（ ） | | |
| 用途 | 治　験：製造販売承認申請・製造販売一部変更承認申請  その他：(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 特定療養費の適用 | 有 ･ 無 | | |
| 臨床使用期間 | 西暦　　　年　　　月　　　日～西暦　　　年　　　月　　　日 | | |
| 症例数 | 症例 | | |
| 理由 |  | | |

（注）　該当する□にレ印を付すること。