(医)京大書式21

整理番号	
区分	■治験
	□医薬品　□医療機器　□再生医療等製品

西暦　　年　　月　　日

治験受入申請書

京都大学医学部附属病院長　殿

診療科(部)名
科(部)長名　　印

自ら治験を実施しようとする者
(所属・職名)
(氏　　名)　　印

下記の治験について、以下のとおり申請いたします。

記

被験薬の化学名又は識別記号		治験実施計画書番号		開発の相	
治験課題名					
対象疾患(第3相は必須)					
ﾌﾟﾛﾄｺﾙ上の治験期間	西暦　　年　　月　　日　～　西暦　　年　　月　　日				
本院における予定被験者数	例				

治験分担医師		
所　　属	職　　名	氏　　名