

受付番号	
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 治験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

予備審査申請書（医師主導治験）

西暦 年 月 日

京都大学医学部附属病院  
治験事務局 殿

実務担当者所属部署名 \_\_\_\_\_

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

メール \_\_\_\_\_

医師主導治験の予備審査申請について

下記により治験を行いたいので申請します。

記

被験薬の化学名 又は識別記号		本院における 予定症例数	
治験課題名			
会議記録の概要に 表示する議題名の希望			
プロトコル上の 治験実施期間	西暦	年 月 日	～ 西暦 年 月 日
治験責任医師 (所属・職名・氏名)			
治験分担医師 (所属・職名・氏名)			
治験協力者(医師) (所属・職名・氏名)			
治験協力者(医師以外) (所属・職名・氏名)			