**治 験 概 要（企業依頼）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者ID |  | 患者氏名 |  |
| 診療科 |  | 被験者番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ａ）治験依頼者の所在地・代表者名・担当者連絡先等 | 【依頼者】 | 住　所：〒  法人名：  代表者名： |
| 【モニター】 | 住　所：〒  法人名：  担当部署名：  担当者名：  電話番号：  ＦＡＸ：  e-mail： |
| 【請求書送付先】 | 住　所：〒  お名前： |
| 納入者の法人名（治験依頼者以外の場合）  ： |
| （ｂ）治験薬の名称及び予定される効能・効果 | | 治験薬の名称： |
| 予定される効能効果： |
| （ｃ）薬機法に基づく届出の年月日(届出回数)及び治験成分記号 | | 届出年月日：（和暦）　年　月　日 （届出回数　回） |
| 治験成分記号： |
| （ｄ）当該患者の治験実施期間  (治験薬の投与開始日及び投与終了日） | | 投薬開始日：（和暦） 年 月 日  投与終了日：（和暦） 年 月 日（予定・終了） |
| （ｅ）治験の実施責任医師 | | 診療科名：　　　　科　責任医師名： |
| （ｆ）保険外併用療養費の支払い期間・対象 | | 本請求は治験の契約に準じて算定している |
| 備　　　　考 | |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（診療報酬明細書添付用）