

治験を実施する医療機関の概要（組織、設備）

医療機関名	
医療機関の長	
所在地	〒
連絡先	
専門診療科	科
病床数	床
職員数	医 師： 名（非常勤 名） 放射線技師： 名 看護師： 名 臨床検査技師： 名 薬剤師： 名 事務職員： 名 CRC： 名
治験実施に必要な検査設備の有無	
診療体制	診療時間： 休 診 日： 当直体制： 休診日・夜間連絡先 TEL： FAX：
治験実施体制	現在実施中の治験件数： 件 治験事務局： 有 ・ 無 連絡先 TEL： FAX：
治験に関する手順書	初版：西暦 年 月 日 第●版：西暦 年 月 日
被験者の緊急対応の措置	

西暦 年 月 日

 (医療機関の長)