

治驗依賴書

(代表者)

記

[illegible]

資料名	作成年月日	版表示
<input type="checkbox"/> 治験実施計画書		
	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 治験薬概要書又は添付文書		
	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 症例報告書の見本 ※治験実施計画書において記載事項が十分に読み取れる場合は不要		
	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 説明文書、同意文書		
	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 治験責任医師となるべき者の氏名を記載した文書（履歴書）		
	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 治験分担医師となるべき者の氏名を記載した文書（氏名リスト）		
	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 治験の費用の負担について説明した文書（被験者への支払（支払がある場合）に関する資料）		
	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 被験者の健康被害の補償について説明した文書		
	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 被験者の募集の手順（広告等）に関する資料		
	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 被験者の安全等に係る資料		
	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> その他		
	西暦 年 月 日	

(長＝責)：本書式は治験依頼者が正本を1部作成し、実施医療機関の長に提出する。