西暦　　　　年　　月　　日

治験実施報告書

診療科長

　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験責任医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属・職名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

下記の治験を実施いたしたく報告申し上げます．

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 治験依頼者 |  | | |
| 被験薬の化学名 又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  | | |
| 治験期間 | 西暦　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 | | |

上記治験の実施を了承します．

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科名：

西暦　　　　年　　月　　日　　診療科長：