西暦　　　年　　月　　日

治験実施体制

　　（実施医療機関名）

（代表者氏名）

|  |  |
| --- | --- |
| 治験課題名 |  |
| 所属・職名 |  |
| 治験責任医師 |  |

医療機関情報

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住所 |  |
| TEL・FAX（代表） |  |
| 診療時間 |  |
| 病床数 |  |
| 標榜診療科 |  |

治験における緊急時の被験者の安全性に対する体制

|  |  |
| --- | --- |
| 診療時間内の  問合せ先 |  |
| 診療時間外の  問合せ先 |  |
| 緊急時の  問合せ先 |  |
| 緊急時の処置  設備 |  |
| 処置が行えない場合の搬送先 |  |