（指定様式）

令和　　　　年　　月　　日

契約調書（令和年度）

大分大学医学部附属病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　治験依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　代表者名

整理番号

治験課題名

診療科名および責任医師名

会社担当者名

TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

・実施期間（厚生労働省届出のプロトコール上のすべての期間）

西暦　　　　年　　　　月　　　　日　～　西暦　　　　年　　　　月　　　　日

・全症例数（上記期間中に本院において実施見込みの症例の総数）

例

* 実施予定表（令和　　年度は必ず記入のこと）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和　　年度 | 令和　　年度 | 令和　　年度 | 令和　　年度 | 令和　　年度 |
| 新規症例数（続行・未実施症例は除く） | 例 | 例 | 例 | 例 | 例 |