（指定様式）

治 験 概 要 書

**治験整理番号 [Ａ 　　　　　　　　]**

大分大学医学部附属病院

|  |  |
| --- | --- |
| 診 療 科 名 |  |
| 治 験 責 任 医 師 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 治験依頼者の名称・  住所及び連絡先 | 依頼者：  住　所：〒 |
| 連絡先：〒  担当者：  電　話：　　　　－　　　　－　　　　　(内線　　　　　)  ＦＡＸ：　　　　－　　　　－　　　　　(内線　　　　　) |
| 治験薬の名称及び予定  されている効能・効果 | 治験薬の名称： |
| 予定される効能・効果： |
| 薬事法に基づく届出を  行った年月日・回数  及び治験成分記号 | 届出年月日：　　 　　年 　　月 　　日 |
| 届出回数： 　　回 |
| 治験成分記号： |
| 治験実施計画における  併用可能薬あるいは  併用が予想される薬剤  であって，治験薬と  同様の効能・効果を  有する本院採用の  医薬品(商品名) | 内服薬：なし・あり／別添のとおり  外用薬：なし・あり／別添のとおり  注射薬：なし・あり／別添のとおり |

|  |  |
| --- | --- |
| BUNGO登録用薬品コード番号  （治験管理室にて記入） |  |