（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） |  |