**鹿大書式７**

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |

|  |
| --- |
| 医務課へ |

治　験　概　要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ｾﾝﾀｰ(部)名  科名 | 〇○○センター  〇○○科 | 患者氏名 | （ID） |
| 被検者識別コード |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 治　験　課　題　名 |  |
| 治験依頼者の氏名・住所  及び連絡先 | **【治験依頼者】**  住　　　所：〒XXX-YYYY  ○○県○○市中央区××町△丁目Ｘ番ＸＸ号  　　代表者氏名：代表取締役社長　○○　○○ |
| **【請求書送付先】**  住　　　所：〒XXX-YYYY  ○○県○○市中央区××町△丁目Ｘ番ＸＸ号  　　担当者：〇○○○株式会社　鹿大　太郎  ＴＥＬ：XX-XXXX-XXXX  　　　ＦＡＸ：XX-XXXX-XXXX |
| **【請求書宛先】**：〇○○○株式会社 |
| 治験薬等の名称 | XXXXXXX |
| 予定される効能・効果 |  |
| 薬事法に基づく届出の  年月日（届出回数） | 令和 年　 月　 日　　（届出回数　　 回） |
| 治験成分記号：XXXXXXX |
| 当該患者に対する治験  実施期間（治験依頼者  の請求開始日） | 開始日：西暦　　　年　　　月　　　日  終了日：未定 |
| 治験の実施責任  医師名 | 治験責任医師：○○　○○ |
| 備考 | （企業治験） |

（診療報酬明細書添付用）