治　験　概　要

1. 患者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科名 | ○○○○科 | 患者氏名 | 桜ヶ丘　太郎 |
| 患者ID | 01234567 |
| 整理番号 | 2XXXXX | 被検者識別コード | AAA-BBB |

2. 治験情報

|  |  |
| --- | --- |
| 治験依頼者の氏名  及び連絡先 | 治験依頼者：○○○○株式会社  代表取締役社長　○○○○  住所：〒ＸＸＸ－ＹＹＹＹ  ○○県○○市中央区××町△丁目Ｘ番ＸＸ号  担当者：△△△△株式会社  ＴＥＬ：ＸＸ－ＸＸＸＸ－ＸＸＸＸ |
| 治験薬等の名称： | ＸＸＸＸＸＸＸ |
| 予定される効能・効果： | ＡＡＡＡＡＡＡ |
| 当該患者に対する  治験実施期間  （治験薬の投与開始日  及び投与終了日）／ | 開始日：西暦２０　　年　　月　　日　／　終了日：未定 |
| 備考： | 企業依頼 |

（診療報酬明細書添付用）

3. 治験依頼者請求先情報

|  |  |
| --- | --- |
| 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：○○○○株式会社　鹿大　太郎  ＴＥＬ：XX-XXXX-XXXX  ＦＡＸ：XX-XXXX-XXXX |
| 請求書宛先 | ○○○○株式会社 |