治験内線：5553

**病理スライド作成等条件申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 治験課題名 |  |
| 治験依頼者 |  |
| 診療科 |  |
| 治験責任医師 |  |
| 治験管理部門担当者 | XX　XX（PHS：XXXX） |

**＊病理スライド 条件等**

〈予定症例数〉　X例　〈予定期間〉西暦　　　　年　　月　～　西暦　　　　年　　月

〈スライド作成等時期〉

〈スライド作成等条件〉**（マニュアルのページ数を記載する）**

**【病理申し込み依頼用シート】（担当CRC→病理部）**

資材病理部へ持ち込み予定日：2022/XX/XX

被験者名：XX　XX

被験者ID：XXXX-XXXX

被験者識別番号：XXX-XXX

診療科：

治験整理番号：

治験課題名：

腫瘍検体：□フレッシュ検体，□保管検体（20XX/XX/XX），オーダ番号（　　　　　　　　　）

□他院からの持ち込み検体

備考　　：□ 未染スライド ●枚（切片の厚さは、●μm）

□ HE染色スライド ●枚（切片の厚さは、●μm）

□ 病理診断料 ●回

期限　　： / / (提出期限がある場合、記載いたします）

病理部ご担当者さまへ

担当CRC：XX　XX（PHS: XXXX）

 (つながらない場合は、治験管理部門5553へお電話ください）

費用は、『治験依頼者名』へ請求します（未染スライド作成料、HE染色スライド作成料等）。

**【スライド作成実績シート】（病理部担当者→担当CRC）**

（スライド作成後、受け取りに来たCRCへ下記を記入の上、お渡しください）

□ 未染スライド：＿枚

□ HE染色スライド：＿枚

□ 病理診断料：\_\_\_回

西暦\_\_\_\_\_年＿＿月＿＿日

　　　　　　　　上記、対応しましたので、治験依頼者へ費用請求をお願いします。（病理部担当者）