

疾患名

管理番号:

- (1) 対象疾患:
- (2) 使用される新薬(治験薬):()
または
使用される医療機器:()
- (3) 剤 型:注射、内服、外用など
- (4) 研究段階:第__相試験
- (5) 試験デザイン・試験概略図:
- (6) 主な選択基準:
- (7) 主な除外基準:
- (8) 治験責任医師: 診療科:

コメント [A1]: 白血病、肺癌、関節リウマチなど、大まかな疾患名を記載してください

コメント [A2]: 文字は黒色で記載ください。管理番号は課題番号になります。不明な場合は治験事務局に確認してください。

コメント [A3]: ・A4 用紙両面 2 ページ以内 (片面でも可)
・フォントや体裁(緑字)は変更しないでください
・記載できない項目は空欄でも構いませんが、(3)～(5)は可能な限りご記載ください。
(5)に関しては図や表を加えることも可能です。