治験依頼者情報

基本情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 治験依頼者 |  | | 治験番号 | 第　　　号 |
| 試験薬の化学名  又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  | |
| 治験課題名 |  | | | |
| 診療科 |  | 治験責任医師 |  | |

モニター情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 会社名  所属 |  |
| 連絡先 | Mobile：  TEL：  FAX： | メールアドレス |  |

治験薬モニター情報（上記モニターとは別に担当がいる場合は記載してください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 会社名  所属 |  |
| 連絡先 | Mobile：  TEL：  FAX： | メールアドレス |  |

緊急時代替連絡先

|  |
| --- |
|  |

IXRS（IVRS/IWRS）の代替手段

|  |
| --- |
|  |

EDCの代替手段

|  |
| --- |
|  |

治験薬不足時の対応

|  |
| --- |
|  |