

西暦 年 月 日

治験実施施設の概要

医 療 機 関 名	
医 療 機 関 の 長	
所在地及び連絡先	
診 療 科 目	
病 床 数	
職 員 数	医 師 ; 名、 放射線技師 ; 名 看護 師 ; 名、 臨床検査技師 ; 名 薬 剤 師 ; 名、 事 務 職 員 ; 名 C R C ; 名
診 療 体 制	診療時間 ; : ~ : 休 診 日 ;
治 験 実 施 体 制	治験受託経験 ; 有 無
	治験事務局 ; 有 無 連絡先 ; TEL : FAX :
	治験に係る業務の手順書 ; 有 無 治験手続き 治験使用薬の管理 記録の保存
	緊急時（夜間・休診日等）の対応 ; 院内で対応 他の医療機関において対応（以下を記載） 医療機関名 ; 所在地 ;
	治験施設支援機関（SMO）への当該治験の実施に係る業務の委託 ; 有 SMO 名 ; 無
	当該治験の実施に必要な検査設備の有無 ; 有 無 無の場合、代替措置等 ;
備 考	