記入日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 1.現時点で開示できる治験の概要※1 [3.添付資料]に右記の内容が記載されている場合は記入不要です。※2開示が難しい内容については空白のままで結構です。 | 治験依頼者（照会の時点ではNW登録施設に非開示を希望される場合,その旨お知らせ下さい。） |
| 対象疾患 |
| 対象患者 |
| 治験薬の種類（経口薬，貼付薬，注射薬等） |
| 治験のデザイン（Phase，プラセボの使用，比較対照群の有無等） |
| 治験全体の予定症例数／徳島治験NWでの希望症例数・施設数　　　　　　　　 例／　　　　　　　　　例・　　　　　　　　施設 |
| 治験実施予定期間（エントリー期間）平成　　年　 月頃～平成　　年　 月頃（平成　 年　 月～平成　 年　 月） |
| 2.実施施設の必須条件 | □　治験実施経験があること□　施設に常駐CRCがいること（SMOも含む）□　入院ベッドの確保ができること□　必要な医療設備があること（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　）□　その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 3.添付資料（現時点で添付できる書類を選択してください。） | □　治験（製造販売後臨床試験）実施計画書又は計画書概要□　調査票　　□　その他（　　　　　　　　　　 　　　　） |
| 照会を希望するネットワーク施設 | □　全施設　　　□対象疾患の診療科を有する施設のみ　□　その他(総合病院のみ,徳島市内のみ等)　（　　　　　　　　　　　　　） |
| 照会期限（調査票の回収期日） | 平成　　　年　　 月　　 日　　　　時　　まで |
| 申込担当者 | 会社名・所属 |
| お名前（ふりがな） |
| ご連絡先（TEL/FAX）TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| e-mail： |
| ※備考欄 |

**徳島治験ネットワーク事務局　　〒770-8503　徳島市蔵本町2丁目50-1**

**照会依頼担当：鍛（きたい），山上（やまがみ）（e-mail: tnct@tokushima-u.ac.jp）**

**FAX 088-633-9295　TEL 088-633-9294**

※徳島治験ネットワーク事務局記載事項（下記には記入しないでください。）

管理番号：　　　　　　　　　　　受付日：　　　　　　　　　　　調査票返却日：