

整理番号	
区分	1. 治験 2. 製造販売後臨床試験 a. 医薬品 b. 医療機器

(治験責任医師・医療機関の長→群馬大学医学部附属病院長)

治験ネットワーク様式4

年 月 日

多施設共同治験参加医療機関の概要

国立大学法人群馬大学医学部附属病院長 殿

〇〇〇〇院長

印

〇〇〇〇病院治験責任医師

所属・職名

氏名

印

治験を実施する当医療機関の概要は以下のとおりです。

記

1. 医療機関名
2. 所在地 住所 電話 ファックス
3. 設置形態
4. 病床数
5. 診療科
6. 常勤医師数
7. 看護職員数
8. 薬剤師数
9. 臨床検査技師数
10. 一日平均外来患者数
11. 主要な医療設備
12. 備考・その他

年 月 日作成

注) 正1部を IRB 資料として群馬大学病院臨床試験部に提出し、写1部を医療機関の長が保管する。