

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

様式 24

治験概要

(a) 治験依頼者の氏名・住所及び連絡先	【治験依頼者】 住所：〒 法人名： 代表者名：
	【治験依頼者の担当者連絡先】 住所：〒 部署名 担当者名： 電話： Fax：
	【開発業務受託機関（CRO）の担当者連絡先】 住所：〒 部署名 担当者名： 電話： Fax：
(b) 治験薬等の名称及び予定される効能・効果	治験題名： (第 相 試験)
	治験薬名：
	予定される効能効果：
(c) 薬事法に基づく届出の年月日及び治験成分記号	届出年月日：平成 年 月 日
	治験成分記号：
(d) 治験責任医師	
(e) 予定投与期間	週・日
(f) 予定症例数	症例