

府立病院治験実施可能性調査照会書

西暦 年 月 日

大阪府立病院機構治験ネットワーク担当者 各位

大阪府立病院機構治験ネットワーク事務局

大阪府立病院機構治験ネットワーク事務局あてに、下記の治験薬の治験実施可能性について調査依頼がありましたので、西暦 年 月 日（曜日）までにご回答願います。

①治験薬			
②Phase	<input type="checkbox"/> 第Ⅰ相 <input type="checkbox"/> 第Ⅱ相 <input type="checkbox"/> 第Ⅲ相 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験	③国際共同 治験の別	<input type="checkbox"/> 国内試験 <input type="checkbox"/> 国際共同治験
④治験目的（対象疾患）			
⑤治験のデザイン			
⑥主要評価項目			
⑦主な検査項目			
⑧治験実施予定期間	西暦 年 月 ～ 西暦 年 月 (組み入れ期限：西暦 年 月)		
⑨希望症例数	症例（ネットワークへ希望する症例数）		
⑩治験薬の概要			

府立病院治験実施可能性調査照会書

⑪ 選択基準	
⑫ 除外基準	
⑪ 医療機関の条件 (必要な質問項目があれば記載してください。)	
⑫ 回答期限 (調査票の回答期日)	平成 年 月 日 時 まで
備考欄	

管理番号： _____ 受付日： _____ 調査票返却日： _____