

## 府立病院治験実施可能性調査申込書

西暦 年 月 日

大阪府立病院機構治験ネットワーク 殿

所在地：

会社名：

(印鑑不要)

大阪府立病院機構治験ネットワークに下記治験の調査を依頼いたします。

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			

