

府立病院治験実施可能性調査回答書

西暦 年 月 日

大阪府立病院機構治験ネットワーク事務局 行

(病院名) 大阪府立病院機構

印鑑不要

当センターあてに照会がありました下記の治験の治験実施可能性については、以下のとおり回答いたします。

①治験薬名		
②治験の実施	<input type="checkbox"/> 治験参加を希望する。 <input type="checkbox"/> 治験参加を希望しない。 <input type="checkbox"/> 治験の対象疾患を取り扱っていない。	
③治験に参加する場合 の実施可能症例数	実施可能症例数：	症例
③治験責任医師の候補	診療科	名前(ふりがな)
④対象疾患の患者数	人/年	
⑤現在診察治療中の対 象疾患の患者数	人	
⑧依頼者の質問につい ての回答		
⑨本調査担当者	所属・お名前(ふりがな)	
	E-mail：	

管理番号： _____ 受付日： _____ 調査票返却日： _____