西暦 年 月 日

日本小児循環器学会

治験支援申請書

日本小児循環器学会理事長　殿

会社名：

住所：

代表者名：

下記のとおり，小児循環器疾患に対する治験支援を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 治験区分 | 医薬品　　医療機器 　他： |
| 治験状況 | 準備中　　実施中 　 他： |
| 治験段階 | 第Ⅱ相　第Ⅲ相　製造販売後　他： |
| 治験薬・機器名 |  |
| 治験の標題 |  |
| 実施計画書番号 |  |
| 対象疾患 |  |
| 目標症例数 | 例 |
| 治験実施予定期間 | 西暦 年 月 日 ～ 年 月 日 |
| 小児治験ネットワークとの連携 | 連携している 　連携を検討中 　連携の予定はない |
| 担当者氏名，所属，連絡先（勤務する施設の住所，電話，メールアドレス） |  |
| 備考 |  |

＊該当しない箇所は空欄でも構いません．本申請書は以下までお送り下さい．

日本小児循環器学会 事務局(担当：伏見)

〒162-0801東京都新宿区山吹町358-5

アカデミーセンター

TEL：03-6824-9380　FAX：03-5227-8631

Email：jspccs-post@bunken.co.jp