

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	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 他：
治験状況	<input type="checkbox"/> 準備中 <input type="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 他：
治験段階	<input type="checkbox"/> 第Ⅱ相 <input type="checkbox"/> 第Ⅲ相 <input type="checkbox"/> 製造販売後 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 連携している <input type="checkbox"/> 連携を検討中 <input type="checkbox"/> 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