**新規治験依頼時の情報チェックリスト**

依頼日　　　　　年　　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  依頼者名： |  |
|[ ]  依頼者担当者/連絡先 |  |
|[ ]  CROの有無/会社名 |  |
|[ ]  対象疾患： |  |
|[ ]  開発相： | 国際共同　　　　　国内 |
|[ ]  治験薬名： |  |
|[ ]  依頼予定担当科： |  |
|[ ]  予定責任医師： |  |
|[ ]  施設予定組み入れ症例数： |  |
|[ ]  希望IRB月： |  |
|[ ]  プロトコル進捗、PMDA届進捗 |  |

Memo