西暦 　 年 　 月 　 日

**日本神経治療学会　治験施設調査申請書**

日本神経治療学会 理事長　殿

同　創薬推進委員会 委員長　殿

会社名：

住所：

代表者名：

下記のとおり、脳神経疾患に対する治験施設調査を申請します。

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Ⅰ相　第Ⅱ相　第Ⅲ相　製造販売後：　他： |
| 治験種類 | 国際共同治験　　国内治験　 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 |
| 担当者  連絡先 | 担当者名：  所属部署：  住所：  電話：  E-mail： |
| 備考  (主要な選択除外基準や評価項目等、特記事項があれば記載) |  |

＊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メールでお送り下さい。

申請先：日本神経治療学会 事務局（担当:横山)

送付先アドレス：jsnt1@kind.ocn.ne.jp

〒130-0012東京都墨田区太平4-6-17-209　　TEL：03-5610-1350　　FAX：03-5610-1360