

治験実施施設の概要

医療機関名	
医療機関の長	
所在地及び連絡先	
診療科目	
病床数	
職員数	医師； 名、 放射線技師； 名 看護師； 名、 臨床検査技師； 名 薬剤師； 名、 事務職員； 名 CRC； 名
診療体制	診療時間； : ~ : 休診日；
治験実施体制	治験受託経験； <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	治験事務局； <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 連絡先； TEL： FAX：
	治験に係る業務の手順書； <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治験手続き <input type="checkbox"/> 治験使用薬の管理 <input type="checkbox"/> 記録の保存
	緊急時（夜間・休診日等）の対応； <input type="checkbox"/> 院内で対応 <input type="checkbox"/> 他の医療機関において対応（以下を記載） 医療機関名； 所在地；
	治験施設支援機関（SMO）への当該治験の実施に係る業務の委託； <input type="checkbox"/> 有 → SMO名； <input type="checkbox"/> 無
	当該治験の実施に必要な検査設備の有無； <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 →無の場合、代替措置等；
備考	