

整理番号	
区分	☐ 治験 ☐ 製造販売後臨床試験 ☐ 医薬品 ☐ 医療機器

別添 1 7

治験実施医療機関施設概要書

年 月 日

1. 医療機関名：医療機関の長	
2. 所在地	
住所	
電話	(代表) ファックス
3. 設置形態	
4. 病床数	床
5. 診療科	
6. 常勤医師数	
7. 看護職員数	
8. 薬剤師数	
9. 臨床検査技師数	
10. 一日平均外来患者数	
11. 主要な医療設備（当該プロトコルに必要な検査機器を記入すること）	
12. 緊急対応	
13. 治験実績（過去 3 年程度）	
14. 当該プロトコル実施に際し SMO との提携の有無	
事務局：	
CRC：	
15. 備考・その他	