西暦　　　　年　　月　　日

治験実施医療機関施設概要書（企業治験）

|  |
| --- |
| １．医療機関名 |
| ２．所在地  　　　住所  電話 |
| ３．設置形態 |
| ４．病床数　　　　床 |
| ５．診療科 |
| ６．常勤医師数　　　　　名 |
| ７．コメディカルの職員数  看護職員数　　名　　薬剤師数　　　名　　　臨床検査技師数　　名 |
| ８．一日平均外来患者数  　　　　　　人 |
| ９．主要な医療設備 |
| １０．企業治験の実施実績  　　　　新規開始件数：　　　件／年間／機関（　　年度） |
| １１．手順書（企業治験に係る手順・ＩＲＢ審査委受託の手順を含む）の整備  　　　　　□有　　　　　　□無 |
| １２．治験に関する教育体制  　　　　　□有　　　　　　□無 |
| １３．備考・その他 |