

平成 年 月 日

平成24年度 治験候補薬及び治験候補機器 推薦用紙

日本医師会治験促進センター長 宛

(No. 1 ~ No.) のとおり、治験候補薬及び治験候補機器（以下、治験候補薬等）を推薦いたします。

日本医学会分科会 記載欄

推薦学会	名称		
	代表者名		
	所在地	〒	
推薦学会の 連絡担当者	所属・職名		
	氏名（フリガナ）		
	連絡先	電話番号	
		e-mailアドレス	

治験候補薬等 (No.)

治験候補薬等	一般名または一般的名称	
	有効と考えられる対象疾患	
	国内承認の有無 海外承認の有無	国内承認：□あり □なし (承認されている適応症：) 海外承認：□あり □なし (承認国：)
推薦理由	<input type="checkbox"/> 致死的な疾患など医療上その必要性が高い <input type="checkbox"/> 既存の治療法がないなど医療上有用性が高い 詳細：	
推薦を裏付けるための資料 (添付必須)	<input type="checkbox"/> 添付文書 (日本/海外) <input type="checkbox"/> 関連論文 <input type="checkbox"/> その他	
治験候補薬等に関する連絡担当者	所属機関名	
	所属・職名	
	氏名 (フリガナ)	
	電話番号	
	e-mailアドレス	