西暦　　　　年　　月　　日

Agathaアカウント発行申請書

医療法人 平心会　大阪治験病院　Agatha管理者　殿

申請者（代表）

（名称・所属）

（氏名）

Agathaアカウント発行を以下のとおり申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 治験依頼者 |  |
| 実施医療機関 |  |
| 実施医療機関の長職名・氏名 | 職名 |  | 氏名 |  |
| 治験責任医師氏名 |  |
| 区分 | □治験 □製造販売後臨床試験 |
| □医薬品 □医療機器　　　　　　　□再生医療等製品 |
| 被験薬の化学名又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  |
| 統一書式整理番号 | □指定なし　□指定あり（　　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称・所属氏名 |  | □新規□変更□氏名　□e-mail□その他：（　　　　　　　　　 ）□削除 |
| Email |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称・所属氏名 |  | □新規□変更□氏名　□e-mail□その他：（　　　　　　　　　 ）□削除 |
| Email |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称・所属氏名 |  | □新規□変更□氏名　□e-mail□その他：（　　　　　　　　　 ）□削除 |
| Email |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称・所属氏名 |  | □新規□変更□氏名　□e-mail□その他：（　　　　　　　　　 ）□削除 |
| Email |  |