西暦　　　年　月　日

治験実施医療機関施設概要

|  |
| --- |
| １．実施医療機関名　　　フリガナ　　　　　　　　　　　　名　　称 |
| ２. 実施医療機関の長　　フリガナ　　　　　　　　　　　　氏　 名 |
| ３．所在地　　　住所　〒　　　電話　　　　　　　　　　　FAX |
| ４．ホームページアドレス |
| ５．病床数　　　　　　　　　　　床 |
| ６. 診療科 |
| ７．一日平均外来患者数　　　　　名 |
| ８. 職員数　　常勤医師:　　　 　名看護師:　　　 　　名薬剤師：　　　　　名臨床検査技師：　　名 |
| ９．主要な医療設備 |
| 10. 治験薬　保管場所　　　　□有　　□無　　　　　　保管場所の施錠　□有　　□無　　　　　　冷蔵庫の有無　　□有　　□無　　　　　　冷蔵庫の施錠　　□有　　□無　　　　　※冷蔵庫を設置している部屋が施錠できる場合は有治験薬と治験薬以外の薬剤を区別して保管　　□可　　□不可　　　　　　治験薬保管場所への部外者のアクセス　　　　□可　　□不可 |
| 11. 同意説明　実施場所　　　　　　　　　　□有　　□無　　　　　　　第三者へ情報漏洩の可能性　　□有　　□無 |
| 12. 治験関連資料　保管場所　　　　□有　　□無　　　　　　　　　保管場所の施錠　□有　　□無 |
| 13. 緊急時の対応　　□ 院内で対応□ 他の医療機関で対応（医療機関名：　　　　　　　　　　） |
| 14．備考・その他 |