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 |