第1.3版　作成日2021.8.24

**FAX送信シート**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 送信日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 金沢大学附属病院 |
| 先端医療開発センター　臨床研究推進部門 | 田中　祐子 行 |
| **FAX：076-234-4309** | TEL：076-265-2049 |

**治験事前ヒアリング申し込み用紙**

治験申し込み手続きに先立ち事前ヒアリングを行います。

ヒアリングには治験実施予定の担当医師（責任医師/分担医師より1名）にご出席いただいております。治験責任医師にヒアリング出席医師・出席可能な日時をご確認ください。医師の予定に合わせてヒアリング日時を調整します。以下に必要事項をご記入の上、先端医療開発センター臨床研究推進部門までFAX送信（1ページ目）をお願いします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 治験薬/治験機器 |  | 審議月 |  | 月 |
| 治験課題名 |  |
| 治験実施診療科 |  | 出席予定医師名 |  |
| 出席可能日時 | ①　 |  | 月 |  | 日 |  | 時 |  |
| ②　 |  | 月 |  | 日 |  | 時 |  |
| ③　 |  | 月 |  | 日 |  | 時 |  |
| 治験依頼者 |  |
| 開発業務受託機関 |  | 連絡者名 |  |
| ｅ-mail |  |
| TEL |  | FAX |  |

本シート受領後に確認のメール（icrek@med.kanazawa-u.ac.jp）を差し上げます。

連絡指定FAX番号にヒアリング日時および資料の送付期限をご連絡いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **先端医療開発センター 使用欄** | 受付担当： |
| 開催日時：　　　月　　　日　　　曜日　　　時 | 開催場所： |
| 事前ヒアリング協力医師： | センター出席医師： |

**ヒアリングに必要な資料**

先端医療開発センターあてに10部お送りください。
送付時の依頼伝票には「ヒアリング資料（10部）」と明記してください。

□「治験薬（医薬品）の概要」と「臨床試験概要」の要約シート
※「治験薬（医薬品）の概要」と「臨床試験概要」の要約シートは、原則として、それぞれ

A4サイズ２ページ程度で作成し、当日説明用のハンドアウトの次にとじてください。
①各項目についての表現は簡潔かつ具体的にお願いします。

②併用禁止薬、保存方法、対象・除外基準は明確に記載してください。

③治験実施計画書および治験薬概要書の掲載ページの記入をお願いします。

※「治験薬（医薬品）の概要」と「臨床試験概要」の要約シートは単なる提出資料ではなく

ＩＲＢでの効率的な審議補助資料、医師の処方時および薬剤師の調剤時の確認に活用するものです。

□ 治験審査委員会への提出予定資料ファイル

（治験実施計画書、治験薬概要書、同意説明文書、治験責任医師の履歴書、治験分担医師・治験協力者リスト、受託研究契約に関する覚書案（書式20-3）、費用負担に関する確認事項（書式24）など）

※ ヒアリング時に費用負担についてご確認をお願いします。

□ 一般の方・患者さん向け臨床試験概要
当院では、一般の方・患者さんに、実施中の治験・臨床研究について、先端医療開発センターwebサイトにて情報提供をしております。雛形は当センターホームページに掲載されておりますので、記載見本を参考に必要事項をご記載いただきますようお願いします。

事前ヒアリングの段階で確認いたしますので、資料送付時までに作成案を開催招待メールを送るアドレスに送信願います。送信先は追ってお知らせいたします。

なお、本資料は被験者募集を目的としたものではないため、ＩＲＢ審議は行いません。