|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 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 |
| 非盲検担当者 | □有　　□無 |
| □盲検　□非盲検 |

申請日　　西暦　　　　年　　　月　　　日

Agathaアカウント発行申請書（　[ ] 新規　・　[ ] 変更・　[ ] 削除　）

岩手医科大学臨床研究支援センター治験ユニット　殿

以下のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 申請者氏名 |  |
| 電話番号 |  |

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 治験依頼者 | 　　 | 開発相 | 相 |
| 被験薬の化学名又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 実施診療科名 |  | 治験責任医師 |  |
| 治験課題名 |  |
| □治験審査委員会の会議の記録の概要に上記治験課題名を使用可※上記治験課題名と異なる課題名の使用を希望する場合は下欄に記載 |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | ふりがな |  |
| e-mail |  |
| 申請項目 | 内　容 |
| [ ] 新規申請 | ※事務局記入欄 | [ ] 処理日：　　年　　月　　日 |
|  |  | [ ]  |
|  |  |[ ]
| [ ] 登録情報変更 | [ ] 氏　名（ふりがな） |  |
|  | [ ] e-mail |  |
|  | [ ] その他 | （変更内容を詳しく記載してください） |
|  |  |  |
| [ ] 削除 | 削除理由 |  |
| [ ] 他試験にて登録歴あり | 登録済み整理番号 |  |