（参考）

**臨床試験参加のお知らせ**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　愛知県○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研究実施責任（分担）医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　現在、先生にご高診いただいております患者さんについて、下記のとおり臨床試験に参加していただくこととなりましたので、お知らせします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | カルテ番号 |  |
| 男女の別 | 男　・　女 | 生年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| 研究課題名 |  |
| 治験薬等成分記号又はコード名 |  | 一般名 |  |
| 研究の内容 |  |
| 参加予定期間 | 　　年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日　　まで |
| 被験者の同意の有無 | 有　・　無 | 同意年月日 | 　　年　　月　　日 |
| そ　　の　　他 |  |