令和　　年　　月　　日

治験情報掲載申込書

公益財団法人難病医学研究財団

　理事長　殿

　公益財団法人難病医学研究財団のホームページ「治験情報」への情報掲載を希望

いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研究の種別 |  | 医師主導治験 | いずれかに〇印をおつけください。 |
|  | 企業治験 |
| 研究名称 |  |
| 実施責任組織 |  |
| 代表者役職・氏名 |  |
| 本治験に関する広告会社等への委託・患者募集専用サイトの有無についてご記入ください。 |
| 無　・　有 | 内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

* 掲載情報

|  |  |
| --- | --- |
| 対象疾病名指定難病告示番号を（　）で記入 |  |
| リンクページ |  |
| 実施機関 |  |
| 掲載希望期間 | 　　　年　　　月　　　日　～　　年　　月　　日（予定） |

* 担当

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |