

平成 年 月 日

## 平成24年度 治験候補薬及び治験候補機器 推薦用紙

日本医師会治験促進センター長 宛

(No.  1  ~ No.  ) のとおり、治験候補薬及び治験候補機器（以下、治験候補薬等）を推薦いたします。

### 日本医学会分科会 記載欄

推薦学会	名称		
	代表者名		
	所在地	〒	
推薦学会の 連絡担当者	所属・職名		
	氏名（フリガナ）		
	連絡先	電話番号	
		e-mailアドレス	

## 治験候補薬等 (No. )

治験候補薬等	一般名または一般的名称	
	有効と考えられる対象疾患	
	国内承認の有無 海外承認の有無	国内承認： あり なし (承認されている適応症： ) 海外承認： あり なし (承認国： )
推薦理由	<p>致死的な疾患など医療上その必要性が高い</p> <p>既存の治療法がないなど医療上有用性が高い</p> <p>詳細：</p>	
推薦を裏付けるための資料 (添付必須)	<p>添付文書(日本/海外)</p> <p>関連論文</p> <p>その他</p>	
治験候補薬等に関する連絡担当者	所属機関名	
	所属・職名	
	氏名(フリガナ)	
	電話番号	
	e-mailアドレス	

## 作成上の注意事項

1. 推薦用紙の記載内容・個人情報、治験候補薬等の推薦受付、治験候補薬及び治験候補機器リスト作成、および「厚生労働科学研究(医療技術実用化総合研究事業(治験推進研究事業))」の研究申請に関連し連絡が必要な場合に限り利用致します。
2. [推薦学会の連絡担当者]: 推薦用紙の記載内容について問い合わせさせていただく場合がありますので、連絡窓口となる方の氏名・連絡先などをご記入ください。
3. [一般名または一般的名称]: 治験候補薬の一般名又は治験候補機器の一般的名称をご記入ください。併用療法の場合は全ての医薬品または機器名を記入ください。
4. [治験候補薬等に関する連絡担当者]: 一般名又は一般的名称に記載された品目を[治験候補薬等の候補]として分科会に連絡し、かつ治験推進研究事業「治験の計画に関する研究」または「治験の調整・管理に関する研究」研究申請を検討している分科会会員の氏名を記入してください。治験候補薬等に関する問い合わせをさせていただく場合がございますので、必ずご記載ください。
5. 日本医学会分科会は、分科会会員の意見を取纏め、日本医学会分科会の推薦として推薦用紙及び推薦理由を裏付ける資料を日本医師会治験促進センターに提出してください。(推薦学会の学会印、代表者、連絡担当者、治験候補薬等に関する連絡担当者の捺印は省略していただいて構いません)
6. 分科会から同時期に複数の治験候補薬等を推薦する場合は、分科会記載ページを1枚と治験候補薬等の記載ページを必要数提出いただくことで構いません。その際は、分科会記載ページと治験候補薬等記載ページの(No. )の記載を漏れなくご記入ください。

### 【推薦用紙の提出先】

推薦用紙と推薦理由を裏付ける資料を担当者あてに郵送またはEメールでお送りください。

〒113-0021

東京都文京区本駒込2-28-8 文京グリーンコート17階

社団法人日本医師会 治験促進センター

TEL: 03-5319-3781 E-Mail: [suisen@jmacct.med.or.jp](mailto:suisen@jmacct.med.or.jp)

担当者: 研究事業部 寺沢桂、山本学

郵送の場合は封書宛名左下に「推薦用紙在中」と赤字でご記載ください。

メールの場合はタイトルを「治験候補薬等の推薦」としてご記載ください。

以上