西暦　　　　年　　月　　日

治験依頼確認書

実施医療機関の長

旭川医科大学病院長　　殿

治験依頼者（またはＣＲＯ）

　　（名称）

次の条件に合意のうえ、治験依頼について、下記のとおり準備の開始を申込いたします。

1. 以下の場合、旭川医科大学治験経費算定要領に定める治験開始準備費、管理費及び間接経費の合計として390,000円（税別）を支払う。但し、旭川医科大学の責に帰すべき理由による場合を除く。
2. 治験責任医師合意後、事前ヒアリングを開催せず、治験依頼書を提出しない場合
3. 事前ヒアリングの開催後、治験依頼書を提出しない又は治験依頼書の提出を取り下げる場合
4. 以下の各号のいずれかの場合、旭川医科大学治験経費算定要領に定める治験開始準備費、審査等経費、管理費及び間接経費の合計として、新規治験契約締結時と同額の655,200円（税別）を支払う。但し、旭川医科大学の責に帰すべき理由による場合を除く。
5. 治験審査委員会審査資料を提出した後、治験依頼書の提出を取り下げる場合
6. 治験審査委員会審査の結果、実施を承認されなかった場合
7. 治験審査委員会審査の後、治験契約を締結せず、治験を開始しない場合

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名 又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  | | |
| 治験責任医師 | * 実施に関する合意取得済（　　　　　年　　月　　日） * 合意書写し添付 | | |
| 治験実施施設 | * 治験依頼者により実施施設として選定済（　　　　年　　月　　日） | | |
| 治験依頼書提出 | * 年　　月予定 | | |