様式４

平成　　年　　月　　日

**施設要件調査票**

小児治験ネットワーク事務局　宛

小児治験ネットワーク設置運営規程第10条に基づき本書を提出いたします。

１. 施設概要

|  |  |
| --- | --- |
| ① 診療科数 | 　　　科 |
| ② 患者数 | 外来患者数（平均） | うち小児患者数（再掲） |
| 人/（日or月or年） | （人/日or月or年） |
| ③ 病床数 | 　　　　床（小児病床数：　　　床） |
| ④ 小児科医師 | 医師数：　　　名（常勤医師：　　　名、非常勤医師：　　　名） |

２. 治験実施体制

① 治験に関する業務を行う専門の部門

【 □有（名称：　　　　　　　　　　　　）　□無（選任者　□有　□無）】

② 臨床研究コーディネーター（CRC）数

【　　　名（専任者：　　　名、兼任者：　　　名）】

３. 治験等の実績（過去3年程度）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ａ総実施課題数 | ＢＡのうち本年度に受託した新規課題数 | ＣＡのうち小児を対象とした課題数 | ＤＡの契約症例数 | ＥＣの契約症例数 |
| ① 企業治験 |  |  |  |  |  |
| ② 医師主導治験 |  |  |  |  |  |
| ③ 製造販売後臨床試験 |  |  |  |  |  |

上記について、相違ありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 施 設 名： |  |
| 施設長名： |  | 印 |