**拡大治験検討申請書**

***＜品目情報＞***

* 治験成分記号：
* 開発中（主たる治験）の対象疾患名：

***＜患者情報＞***

* 疾患名（診断名）：
* 年齢：　　　才
* 性別：□　男性　　　□　女性

***＜申請者（主治医）＞***

* 氏名：
* 医療機関名／診療科／役職名：
* 所在地（都道府県）：
* 連絡先（電話/ e-mailアドレス）：

***＜拡大治験が必要と判断した理由（複数選択可）＞***

□ 既存の治療法に有効なものが存在しない。

□ 生命に重大な影響がある重篤な疾患である

□ 治験薬の投与により患者がベネフィットを享受できると期待される

□ 主たる治験の登録期間が終了している。

□ 主たる治験の登録基準に満たない

□ その他

　（ ）