西暦　　　　年　　月　　日

**受託研究依頼書**

実施医療機関の長

独立行政法人国立病院機構高知病院　院長　殿

研究依頼者

（名称）

（代表者）

下記の研究を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 調査薬剤 |  |
| 研究課題名 |  |
| 調査実施要綱　作成（改訂）日：　　年　　月　　日 |
| 研究責任医師の  氏名／所属 |  |
| 研究の実施期間 | 西暦　　　年　　　月　　　日　～　 西暦　　　年　　　月　　　日 |
| 症例登録期間 | 西暦　　　年　　　月　　　日　～　 西暦　　　年　　　月　　　日 |
| 目標症例数 | 目標症例数：　　　　例（１症例　　報告） |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：  TEL：　　　　　 　　FAX: 　　　　　　　Email： |

添付資料一覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資料名 | 作成年月日 | 版表示 |
| □実施要綱 | 西暦　　　年　　月　　日 |  |
| □添付文書 | 西暦　　　年　　月　　日 |  |
| □調査票の見本 | 西暦　　　年　　月　　日 |  |
| □症例登録票 | 西暦　　　年　　月　　日 |  |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 西暦　　　年　　月　　日 |  |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 西暦　　　年　　月　　日 |  |