

平成 年 月 日

## 調 査 依 頼 書

東北厚生年金病院長 殿

調査依頼者

住 所

名 称

代表者

印

調査責任医師

所属・職名

氏 名

印

下記のとおり、調査の実施をお願いいたしたくご依頼申し上げます。

## 記

調査薬の名称	
調 査 課 題 名	調査実施計画書No. :
調 査 の 内 容	
調査分担医師	所属・職名 : 氏名 : 所属・職名 : 氏名 : 所属・職名 : 氏名 :
調査予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
予定被験者数	例
費 用	受託研究費 :
添付資料	<input type="checkbox"/> 調査実施計画書 (版数 : 、作成年月日 : ) <input type="checkbox"/> 症例報告書 (版数 : 、作成年月日 : ) <input type="checkbox"/> 調査薬概要書 (版数 : 、作成年月日 : ) <input type="checkbox"/> 同意文書及びその他の説明文書 (版数 : 、作成年月日 : ) <input type="checkbox"/> 予定される調査費用に関する資料 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>
調査依頼者の 担当者連絡先	所属 : 氏名 : TEL : FAX : E-mail : (利用する場合)