

# 治 験 来 院 カ ー ド

<p><b>注意事項</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. このカードは、来院時に必ず持参して下さい。</li> <li>2. 診療が終わったら、担当医師に日付けと印をもらい、その後治験事務局（薬局）窓口で提示して下さい。</li> <li>3. このカードへの押印の数だけ、治験協力費をお支払いしますので、絶対に紛失しないで下さい。紛失したり、来院時に忘れていたりした場合は、速やかに窓口（薬局）にお知らせ下さい。</li> <li>4. 治験参加以外の目的での来院は、支給の対象とはなりませんので、ご注意下さい。</li> <li>5. 連絡先：東北厚生年金病院治験事務局 [ 薬剤部内 ] TEL: 022 (259) 1221</li> </ol>	<h2 style="margin: 0;">治 験 来 院 カ ー ド</h2> <p>登録番号： _____ 診療科： _____ 科</p> <p>治験名： _____ メーカー名： _____</p> <p>患者ID： _____ 担当医： _____</p> <p>患者氏名： _____</p>
---	---

		9. 月 日 印	15. 月 日 印
(来院日)(担当医師印) (来院日)(担当医師印)		10. 月 日 印	16. 月 日 印
1. 月 日 印	5. 月 日 印	11. 月 日 印	17. 月 日 印
2. 月 日 印	6. 月 日 印	12. 月 日 印	18. 月 日 印
3. 月 日 印	7. 月 日 印	13. 月 日 印	19. 月 日 印
4. 月 日 印	8. 月 日 印	14. 月 日 印	20. 月 日 印