西暦　　　　年　　月　　日

画像等提供依頼書

関西医科大学総合医療センター病院長　殿

治験依頼者

（名称）

（代表者）　　　　　　　　　　印

下記の治験について、下記の画像等の複写・提供を依頼いたします。なお、当社の手順書に従って適正に保管し、被験者のプライバシーと秘密保全には十分配慮いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名 又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  | | |
| 治験責任医師 |  | | |
| 使用目的及び内容 |  | | |
| 複写対象画像の  種類 | □Ｘ線　　□ＣＴ　　□ＭＲＩ　　□その他（　　　　　） | | |
| 複写予定枚数又は  実施サイクル等 | 合計　　　枚  内訳： | | |
| 提供媒体 | □フィルム　　　□ＣＤ-Ｒ　　　□その他（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 予定症例数 |  | | |
| 予定実施期間 |  | | |
| 備考 |  | | |