西暦　　　　年　　月　　日

画像等受領書

関西医科大学総合医療センター病院長　殿

下記の画像の複写（西暦　　　　年　　月　　日付け送付）を受領いたしました。なお，被験者のプライバシーと秘密の保全に十分配慮し，保管いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 治験課題名 |  |
| 複写対象画像の種類 | □Ｘ線　　□ＣＴ　　□ＭＲＩ　　□その他（　　　　　） |
| 提供媒体 | □フィルム　　　□ＣＤ-Ｒ　　　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 複写対象 | 被験者識別コード | 撮影年月日 | 枚数 | 備考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

西暦　　　　年　　月　　日

（受領者）

所属・職名

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印