

(別添5)

実施医療機関の一覧等

告示番号		
患者申出療養の名称		
臨床研究中核病院名		

年 月 日現在

整理番号	協力医療機関名	患者申出療養承認日	承認機関が試験実施計画を承認した直近（最新）の年月日	所在する都道府県	住所	備考
1						
2						
3						