

患者申出療養実施関係者連絡票

告示番号		
患者申出療養の名称		
臨床研究中核病院名		
郵便番号		
住所		
電話番号		

年 月 日現在

	所属部署、役職	氏名	電話番号	FAX番号	E-mail	備考
実施責任医師						
事務担当者						
試験実務担当者(窓口担当者)						
その他の担当者1						
その他の担当者2						
その他の担当者3						