西暦　　　年　　　月　　　日

契約終了後原資料の直接閲覧依頼書

滋賀医科大学医学部附属病院　病院長殿

治験依頼者

（名称）

（代表者）

平成○年○月○日付にて治験終了（中止・中断）報告書を提出しております下記の治験について、原資料の直接閲覧の実施を依頼いたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被検薬の化学名  又は識別番号 |  | 治験実施計画書番号 | |  |
| 治験課題名 |  | | | |
| 治験責任医師 | 所属・氏名 | | | |
|  | | | | |
| 実施の期間 | 西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 | | | |
| 実施予定回数 | （累計　　　時間） | | | |
| 閲覧担当責任者 | 所属・氏名 | | | |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：  TEL：　　　　　 　　FAX: 　　　　　　　Email： | | | |
| 依頼の内容と  実施理由 |  | | | |
| 対象資料 |  | | | |
| 対象被験者 | 症例番号 | | | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |