

(治験依頼者→院長)

平成(西暦) 年 月 日

過去に実施した治験の直接閲覧(再SDV)実施の申請願

新潟県立がんセンター新潟病院
院長 横山 晶 様

治験依頼者

住 所 :

名 称 :

代表者 :

印

下記のとおり再SDVの実施を申請します。なお、実施にあたりましては、別途契約を作成・締結後実施いたします。

記

被験薬の化学名 又は識別記号	
治験の標題	
依頼被験者数	症例
実施期間	本契約締結日～平成(西暦) 年 月 日
治験責任医師	所属・職名 : 氏名 :
実施理由	
実施手順	
治験依頼者の 連絡先	所属・職名 : TEL :

以上