西暦　　年　　月　　日

画像提供依頼書

福山市民病院

治験管理室長 殿

依頼者

所在地

名称

代表者名

福山市民病院で実施される臨床試験につき，以下の画像検査の提供を申し込みます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 治験薬名・コード名 |  |
| ２ | 研究題目 |  |
| ３ | 治験責任医師 |  |
| ４ | 提供媒体 | □フィルム | □ＣＤ－Ｒ | □その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| ５ | 画像の種類，枚数 |
| 画像提供のタイミング（(例)Visit番号，〇日目など） | 種類及びフィルム相当枚数 |
| 画像の種類 | 予定枚数 | 備考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |