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<br>（(例)Visit 番号，○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 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |