福山市民病院_様式 20 号

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，○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