（様式７）

（送付日）西暦　　　年　　月　　日

（許可番号　第　　　 号）

治験にかかる診療録の複写について**（送付用）**

治験依頼者　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験責任医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験分担医師・治験協力者（該当に○）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　下記のとおり診療録の複写を送付いたします。なお，被験者のプライバシーと秘密の保全に十分配慮し，保管いただきますようお願いいたします。



２．治 験 依　 頼 者 ：

３．

４．複写物：□ カルテ

* フィルム （□ Ｘ線　　□ ＣＴ　　□ ＭＲＩ）
* ＣＤ－Ｒ （□ Ｘ線　　□ ＣＴ　　□ ＭＲＩ）
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５．複写物詳細：　　被験者識別番号等　　　　　　　　　　　　　　　枚

　　　　　　　　　　被験者識別番号等　　　　　　　　　　　　　　　枚

　　　　　　　　　　被験者識別番号等　　　　　　　　　　　　　　　枚

　　　　　　　　　　被験者識別番号等　　　　　　　　　　　　　　　枚

　　　　　　　　　　被験者識別番号等　　　　　　　　　　　　　　　枚

　　　　　　　　　　被験者識別番号等　　　　　　　　　　　　　　　枚