（様式６）

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の申入書

徳島大学病院長　殿

治験依頼者

住 所

名　称

代表者 印

下記治験において，　　　　　　　　　　　の理由により，診療録の写しのご送付をいただきますようお願いいたします。

なお，診療録の複写に関しましては，貴院モニタリング又は監査の受入に関する手順書に準じて行います。

記



２．

３．□ カルテ

* フィルム　／　□ＣＤ－Ｒ

□ Ｘ線　　□ ＣＴ　　□ ＭＲＩ

* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

以上