|  |
| --- |
| 宛　先：国立大学法人群馬大学医学部附属病院　臨床試験部  ＦＡＸ：027-220-8741 |

**ウェブ会議ヒアリング実施申込書**

治験審査前のヒアリングを下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 治験依頼者 | 会社名：  所　属：  担当者：  ＴＥＬ：  ＦＡＸ：  E-mail： | 開発業務受託機関（CRO）  会社名：  所　属：  担当者：  ＴＥＬ：  ＦＡＸ：  E-mail： |
| 治験課題名 |  | |
| 対象となる疾患 |  | |
| 担当診療科 |  | |
| 治験責任医師 |  | |
| 治験分担医師 |  | |
| ヒアリングに参加予定の医師名 |  | |
| 希望する日 | 第一希望日　　月　　日（午前・午後　　時から） | |
| 第二希望日　　月　　日（午前・午後　　時から） | |
| 第三希望日　　月　　日（午前・午後　　時から） | |
| 備考欄 |  | |