

医師主導臨床試験分担医師・研究協力者リスト

群馬大学医学部附属病院 病院長 殿

診療科（部）名
 診療科（部）長 印
 責任医師 印

下記の臨床研究について分担医師及び研究協力者として下記の者の協力を得て実施したく申請します。

記

臨床研究課題名	
---------	--

	所属・職名
臨床研究代表者名 (研究組織名)	
責任医師名	

分担医師の氏名、所属・職名及び分担業務の内容

氏 名	所属・職名	分担業務の内容

研究協力者の氏名、所属・職名及び分担業務の内容

氏名	所属・職名	分担業務の内容