

審査依頼研究機関の概要

群馬大学医学部附属病院長 殿

研究機関の長

研究機関名: _____

職名・氏名: _____ 印

研究責任者

所属・職名・氏名: _____ 印

臨床研究を実施する当研究機関の概要は以下のとおりです。

記

1. 研究機関名
2. 所在地 住所 電話 ファックス
3. 設置形態
4. 病床数(医療機関の場合)
5. 診療科(医療機関の場合)
6. 従業員数(医療機関の場合は、常勤医師数・看護職員数・薬剤師数・臨床検査技師数 等を記載)
7. 一日平均外来患者数(医療機関の場合)
8. 研究機関としての主な業務内容
9. 主要な医療設備
10. 備考・その他

年 月 日作成