

治験事務局管理用資料

No. 2

治験 責任 医師	所属： 氏名：		
治験分 担医師	所属： 氏名： 所属： 氏名： 所属： 氏名： 所属： 氏名： 所属： 氏名： 所属： 氏名： 所属： 氏名：		
治験依 頼者	本社	〒 住所 社名 治験依頼者名 役職、名前 <hr/> TEL FAX	
	担当者 の所属等	〒 住所 社名 部課名 担当者名 <hr/> e-mail <hr/> TEL FAX	
	開発業務 委託機 関	担当者 の所属等	〒 住所 社名 部課名 担当者名 <hr/> e-mail <hr/> TEL FAX
	(請求先) 住所： 社名：	(請求書送付先) 〒 住所 社名 部署名 担当者名 _____	