

施設登録依頼書

太枠内にご記入の上、下記連絡先までFAXにて送信してください。
岩手医科大学外科学講座内 腹腔鏡下肝切除症例登録データセンター

送信者
送信元 (FAX番号)
- -

FAX : 019-651-7166 TEL:019-651-5111

受付 平日9:00~17:00 (ただし、土日祝日、年末年始を除く)

施設名	
科名	科
施設所在地	(フリガナ) 〒 -
施設試験責任医 (自筆で記入して下さい)	(フリガナ)
責任医師連絡先	TEL: - - FAX: - - e-mai: @
分担医師名①	(フリガナ) e-mai: @
分担医師名②	(フリガナ) e-mai: @
分担医師名③	(フリガナ) e-mai: @
分担医師名④	(フリガナ) e-mai: @
分担医師名⑤	(フリガナ) e-mai: @
試験担当協力者名①	(フリガナ)
試験担当協力者名②	(フリガナ)

※施設登録の際には本依頼書と、貴施設の倫理委員会により『承通知書』の写しを上記連絡先までFAXして下さい。

以下は当センターが使用しますので何も記入しないでください。

受領日	201 年 月 日	判定	1.登録 2.除外	施設登録番号
登録日	201 年 月 日	登録担当者		
承認通知書	1.受領(年 月 日) 2.未受領(年 月 日) 3.再受領(年 月 日)			