

直接閱覽實施連絡票

(氏名)

記

西曆 年 月 日

確認欄

治験事務局からの連絡	☐ 希望日時のとおり直接閲覧を受け入れます。	
	☐ 以下の日時にて直接閲覧を受け入れます。	
	西暦	年 月 日 時 分 ～ 時 分
治験事務局（窓口） 担当者連絡先	氏名：	所属：
	TEL：	FAX：
	Email：	

注) 本書式は治験依頼者等の直接閲覧申込者(担当者)が作成し、治験事務局等に FAX や Email 等で提出する。治験事務局等は内容を確認、確認結果を記入し、FAX や Email 等で連絡する。