SDV予約表

下記を御記入の上、メール添付にて院内CRCあて御送付ください。

（メールアドレス：k-chiken@mz.pref.chiba.lg.jp）

|  |  |
| --- | --- |
| 治験名 |  |
| メーカー名 |  |
| 訪問予定の人数 |  |
| 訪問希望の候補日 | 1. 20年月日　：　～　：
 |
| 1. 20年月日　：　～　：
 |
| 1. 20年月日　：　～　：
 |
| 1. 20年月日　：　～　：
 |
| 1. 20年月日　：　～　：
 |
| 医師との面会希望の有無 | [ ] 　あり　　　　　　[ ] 　なし |
| 必須文書閲覧希望の有無 | [ ] 　あり　　　　　　[ ] 　なし |
| [ ] 　必須文書閲覧のみ御希望の場合は、こちらにもチェックをお願いします |
| 備考 |  |

治験管理室記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| SDV実施予定日 | 20年月日（　）開始時間　：　～終了時間　：　 |
| 医師との面会時間 | [ ] 　同日　　：　～　：　 |
| 必須文書閲覧の有無 | [ ] 　あり　　　　 　[ ] 　なし |
| 備考 |  |