西暦　　年　　月　　日

病 院 訪 問 許 可 申 請 書

独立行政法人国立病院機構

高崎総合医療センター　院長　殿

会社名　　　　　　　　　　　　　印

下記が貴院の担当モニターである事を証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 治験名 |  |
| モニター名 |  |
| 許可証番号 | № |
| ﾌﾟﾛﾄｺｰﾙ登録日 | 西暦　　年　　月　　日 |
| 担当開始日 | 西暦　　年　　月　　日 |
| 担当終了日 | 西暦　　年　　月　　日 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| １．新規　　　　　　　　　　２．前任者との交代　　　　　　　　　　　　　　　　　３．住所・連絡等の変更　　　４．更新（会社名等の変更） |

|  |
| --- |
| 写真 |

１．四角の中には写真を貼付して下さい。

２．名札(別紙)を作成し添付して下さい。

３．名刺を1枚添えて下さい。

Takasaki7-①