

〈別紙1〉

治験情報等開示申請書

平成 年 月 日

済生会奈良病院院長 殿

患者氏名 _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 月 日

住 所 _____

電話番号 _____

下記のとおり、治験情報の提供を申請します。

1. 申請者（本人による申請）

氏 名 _____ 印

（代理人による申請）

（ ） 法廷代理人

（ ） 上記以外の親族又はこれに準じる者

代理人氏名 _____ 印

代理人住所 _____

電話番号 _____

本人との関係

※法定代理人による申請の場合は、申請者であることを証明する書類に加え、資格を有することを証明する書類を提出し、又は提示して下さい。
申請が第三者の場合は、当該患者の委任状を有していても申請は認めない。

2. 申請に係る診療情報の内容

開示を希望する記録 (該当する箇所に○を 記入して下さい)	項 目	内 容	閲 覧	口 頭	
		治験審査委員会名簿			
		治験審査委員会議事録			
		現在進行中治験内容			
	そ の 他				
閲覧希望日 ()	第一希望 第二希望 ()特に希望なし	平成 年 月 日 平成 年 月 日	午前・午後 午前・午後		

※申請者 確認欄	①運転免許証 ④戸籍謄本	②旅 券 ⑤その他	③健康保険証
-------------	-----------------	--------------	--------