

# 治験情報の開示申込書

平成 年 月 日

済生会奈良病院長 殿

開示を申請する患者名 氏 名 \_\_\_\_\_  
生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり、治験情報等の開示を申請します。

1. 申 請 者  本 人 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

代理人

法廷代理人

上記以外の親族又はこれに準じる者

(この場合、患者本人の意思が確認できる委任状を添えて下さい。)

代理人氏名(自署) \_\_\_\_\_ (印)

代理人住所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

本人との関係 \_\_\_\_\_

2. 開示を申請する治験情報等の範囲

治験審査委員会議事録、治験審査委員会委員名、治験情報等、  
その他 ( )

3. 希望する開示の方法

閲覧  口頭による説明