

(別添7)

### 患者申出療養実施関係者連絡票

告示番号	
患者申出療養の名称	
臨床研究中核病院名	
郵便番号	
住所	
電話番号	

西暦 年 月 日現在

	所属部署、役職	氏名	電話番号	FAX番号	E-mail	備考
実施責任医師						
事務担当者						
試験実務担当者(窓口担当者)						
その他の担当者1						
その他の担当者2						
その他の担当者3						