

申請日; 年 月 日

治験支援システム利用許可申請書

依頼者 → 近畿大学病院臨床研究センター

申請者住所				
会社名				
連絡先(会社代表)				
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続*	<input type="checkbox"/> 利用者変更*	
区分変更理由*				
治験課題名				
(近大整理番号)	()			
システム利用者名(1名)	氏名	所属	電話番号(連絡先)	E-Mail
利用期間	*プロトコルに記載されている期間をご記入下さい。			
システム管理者	臨床研究センター治験管理部門 木寺 康裕			

★ 本申請ファイルはシステム管理者(yasuhiro-kidera@med.kindai.ac.jp)まで送ってください。