

申請日； 年 月 日

治験支援システム利用許可申請書 (KCTS)

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	☐ 新規	☐ 継続 *	☐ 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DDTSの申請書ではありません。
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。