（西暦）　　　　　　年　　月　　日

**画像複写提供依頼書及び受領書**

大阪医科薬科大学病院

病院長　殿

請求者名

会社名

担当モニター氏名　　　　　　　　　　　　　印

（署名もしくは記名捺印）

下記の治験の画像複写の提供をお願い致します。

１．整理番号：

２．課題名：

３．治験依頼者名：

４．提供依頼内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被験者識別コード |  |  |  |  |
| 撮影年／月／日 |  |  |  |  |
| 部数　※ |  |  |  |  |

※同撮影日の複写が複数部数必要な場合は、必要部数をご記入ください。

受　領　書

上記の画像複写媒体を下記のとおり受領いたしました。

今後の保管については「個人情報の保護に関する法律」に基づき、適切に扱います。

受領したCD（DVD）枚数　　　　　　　　　枚

西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日

会　社　名

受領者（署名）

 （データで提出の場合、受領書欄は記入不要です）