

受付番号	※事務局記載欄
------	---------

西曆 年 月 日

安全性情報等に関する報告書

独立行政法人国立病院機構
相模原病院 院長 殿

研究責任者 所 属 :
職 名 :
氏 名 :

下記の安全性に関する情報を得ましたので報告します。

記

[illegible]

注) 多施設共同研究の場合、研究代表者または共同臨床研究機関の研究責任者へ報告する。