**医様式３４**

年　　月　　日

岩手県立病院治験ネットワーク登録通知書

医療機関名：

代表者氏名：

（岩手県立病院治験センター）

岩手県立中央病院長

　　　　年　　月　　日付の登録申請について、　　年　　月　　日付で登録しましたので通知します。