**医様式３５**

年　　月　　日

岩手県立病院治験ネットワーク登録内容変更届

（岩手県立病院治験センター）

岩手県立中央病院長　様

医療機関名：

代表者氏名：

　　岩手県立病院治験ネットワークに登録している内容について、以下のとおり変更しましたので、届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 治験実績  (新ＧＣＰ) | □有  領域/件数：  □無 |
| 承認申請時の実地調査経験：□無、□有（　　回、結果：　　） |
| 被験者への緊急時の措置 | □院内対応  □無→委受託経験□無、□有（業務委受託契約：□無、□有） |
| 対応窓口（連絡先） | 所属・職名：  氏名：  Ｔｅｌ：  Ｆａｘ：  Ｅ-ｍａｉｌ： |
| 治験コーディネーター  （ＣＲＣ） | □有(□院内[人数：　　]、□ＳＭＯ[社名：　　　　、人数　　])  □無またはＳＭＯ委託予定 |
| その他確認事項 |  |