**医様式３６**

年　　月　　日

岩手県立病院治験ネットワーク登録解除申請書

（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の登録を解除願います。

脱退希望日：　　　　年　　月　　日

現在実施中のネットワーク治験：□無、□有（詳細は以下のとおり）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 治験コード名 | 実施症例数/契約症例数 | 実施診療科 | 治験責任医師 | 今後の対応\* |
|  |  |  |  | □終了まで継続、□中止 |
|  |  |  |  | □終了まで継続、□中止 |
|  |  |  |  | □終了まで継続、□中止 |

\*:終了日は当該治験契約期限とする。

|  |  |
| --- | --- |
| 脱退理由 |  |