|  |
| --- |
| **相 談 申 込 書****申込日**　　　　　　年　　　　月　　　　日東京大学医科学研究所附属病院　TR・治験センター長　殿以下のとおり、相談を申し込みます。 |

様式1

|  |  |
| --- | --- |
| **申込者氏名・所属** | **連絡先** |
| 氏名所属職名 | 住所電話番号FAX番号Eメール |

**相談希望日**　※特にご希望がなければ、空欄で結構です

**第1希望：** 　 月　　日 午前・午後　**第2希望：**　 月　　日 午前・午後　**第3希望：**　 月　　日 午前・午後

**秘密保持契約の締結（学外者のみ）**　　□希望する　　　□希望しない　　　※いずれかにチェックを入れてください

| 相談概要 |
| --- |
| 研究課題名または開発中の医薬品等の名称相談の内容 |

| TR・治験センター使用欄 |
| --- |
| 受付番号受付日　　　　　年　　 月 　　日 | 　印 |

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先 | 東京大学医科学研究所附属病院 TR・治験センター事務局〒108-8639　東京都港区白金台4-6-1電話 03-5449-5462　　　FAX 03-6409-2413Eメール　dctsm@ims.u-tokyo.ac.jp |