

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。

申込者氏名・所属

連絡先

氏名

住所

所属

電話番号

FAX 番号

職名

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

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 03-6409-2413

Eメール dctsm@ims.u-tokyo.ac.jp

TR・治験センター使用欄

受付番号

受付日 年 月 日

印