

治験依頼者との打ち合せ記録

治験依頼者との打ち合せ

作成日 西暦 年 月 日

書簡 会合 メール

治験実施計画書番号： _____

その他 (_____)

医療機関名： _____

治験責任医師： _____

概 要

打ち合せ日時：

打ち合せ相手：

打ち合せ事項：

記録事項：