

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： _____