

医療法人 防治会 いずみの病院 治験審査委員会
標準業務手順書・委員名簿・会議の記録の概要

閲覧申込書

ふりがな

ご芳名 _____

ご住所〒 _____

電話 _____

メール・アドレス (あればご記入下さい)

閲覧申込年月日 20 年 月 日

閲覧希望年月日 20 年 月 日 時 分～

(受付担当者記入)

NO. _____

申込受付年月日 20 年 月 日

閲覧日時 20 年 月 日 時 分 ～ 時 分

受付担当者名 _____

備考 _____

※「閲覧申込書」に記載の個人情報については、個人情報保護法に基づき【病院名】が責任を持って管理し、必要な範囲内のみでの利用とさせていただきます。

また、法令に基づく場合以外にご本人の許可なく第三者への提供する事はございません。

個人情報の開示・訂正・削除につきましては、恐れ入りますが、【窓口】までお申し出下さい。