治験内線：5553

**CT/MRI/RI/放射線治療 条件等 申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 治験課題名 |  |
| 治験依頼者 |  |
| 診療科 |  |
| 治験責任医師 |  |
| 治験管理部門担当者 | ●●　●●（PHS：　　　　） |

**＊CT/MRI/RI/放射線治療 条件等**

〈予定症例数〉　　　例

〈予定期間〉西暦　　　年　　月　～　西暦　　　年　　月

〈撮像時期〉

〈撮像条件〉