平成　　年　　月　　日

**いばらき治験ネットワーク登録申請書**

いばらき治験ネットワーク運営委員会委員長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　印

(署名または記名捺印)

　　当院は、以下の事項を承諾の上、いばらき治験ネットワークへ登録を申請いたします。

（1） 治験等の実施可能性の調査に協力し、治験実施医療機関の選定のために必要な自施設等の情報及び資料を提供いたします。

（2） いばらき治験ネットワークが定めたネットワーク治験実施に係る各種規則を遵守いたします。

（3） 治験の委受託調整の際に知り得た情報については、厳重に管理し秘密保持の責任を負います。

（4） 登録医療機関間における相互連携及び協力に努めます。

【医療機関連絡窓口】

　　担当者氏名：

　　所属・役職：

　　電話　　　：

　　FAX　 　　：

　　E-mail　　：