

様式12

西暦 年 月 日

## 調査票受領連絡票

独立行政法人 国立病院機構  
東広島医療センター  
研究担当医師

殿

担当者  
氏名

下記の受託研究について、研究担当医師より記載済み調査書を受け取りましたので連絡します。  
記

研究依頼者			
試験薬	商品名		(一般名)
研究課題名			
	研究実施計画書No. ( )		
受領報告数	冊 (報告)		