西暦20　　年　　月　　日

（会社名）

管理責任者　殿

久留米大学医学部附属病院

病院長

リモートデスクトップシステム利用許可書

下記治験について、リモートデスクトップシステムの利用を許可します。

記

# 対象治験

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号（治験番号）\_治験課題名 |  |
| 治験実施計画書番号 |  |
| 治験依頼者名 |  |
| 治験の期間 | 西暦　　　　年　　月　　日～西暦　　　　年　　月　　日 |

以上