西暦　　　　年　　月　　日

**治験手続きの電磁化に関する合意の記録**

東北大学病院長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 治験依頼者またはCRO名称： |  |
| 所属： |  |
| 責任者： |  |

下記の治験について、以下の通り合意いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 治験依頼者 |  |
| 被験薬の化学名又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  |
| 治験責任医師氏名 |  |
| 治験手続きの電磁化 | 「治験手続きの電磁化における標準業務手順書」に則る。 |
| ※DDworks NX/Trial Siteを使用できない場合は、当院との協議の上、電子授受の方法を明確に記載すること |
| 備考 |  |