|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 区分 | 1. 医薬品　 2. 医療機器  3. 再生医療等製品 |

　　年　　　月　　　日

国立大学法人東京医科歯科大学

病院長　殿

（調査責任医師所属診療科および氏名）殿

（依頼者住所）

（依頼者名）

（依頼者代表者）職位および氏名

外部公表依頼書

下記の調査結果について、外部公表に使用いたしたく、承諾いただけますようお願いいたします。

記

【対象調査課題名】

【調査責任医師】所属診療科および氏名

【公表目的】

【公表内容】

【公表先】

【公表時期】

【本件に関する問い合わせ先】

以上

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 区分 | 1. 医薬品　 2. 医療機器  3. 再生医療等製品 |

（依頼者住所）

（依頼者名）

（依頼者代表者）職位および氏名　　殿

外部公表承諾書

下記の調査結果について、外部公表に使用することを承諾いたします。

記

【対象調査課題名】

【調査責任医師】所属診療科および氏名

【公表目的】

【公表内容】

【公表先】

【公表時期】

以上

年　　　月　　　日

国立大学法人東京医科歯科大学

病院長　　藤井　靖久　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 区分 | 1. 医薬品　 2. 医療機器  3. 再生医療等製品 |

（依頼者住所）

（依頼者名）

（依頼者代表者）職位および氏名　　殿

外部公表承諾書

下記の調査結果について、外部公表に使用することを承諾いたします。

記

【対象調査課題名】

【調査責任医師】所属診療科および氏名

【公表目的】

【公表内容】

【公表先】

【公表時期】

以上

年　　　月　　　日

国立大学法人東京医科歯科大学

調査責任医師　　（氏名）　　　　印