|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 20 | 年 |  | 月 |  | 日 |

**研究機関の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 研究機関名 |  |
| 代表者 |  |
| 診療科目(医療機関の場合) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 所在地 |  |
| TEL/FAX | TEL： | FAX： |
| 病床数(医療機関の場合) |  |
| 設立年月日 | 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 職員構成 | 医師： |  | 名 | 臨床検査技師： |  | 名 |
| 看護師： |  | 名 | その他： |  | 名 |
| 薬剤師： |  | 名 |  |  |  |
| 緊急時の対応（搬送先等） |  |
| 研究に係る規程・手順書 | □ あり　　　　　□ なし |
| 備考 |  |