20年○○月○○日

**電子カルテシステム調査に関する情報提供依頼書**

実施医療機関の長

琉球大学病院　病院長 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験依頼者

会社名：

（治験依頼者さまの記載をお願いします。）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※押印は不要です。

治験依頼者○○○は、下記試験実施の判断のため、琉球大学病院における電子カルテの現状を把握することを目的に、電子カルテシステム運用に関する調査票の情報の提供を実施医療機関の長に依頼します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名  又は識別番号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  | | |
| 情報使用目的 | 上記試験の実施可否判断 | | |
| 担当者連絡先 | 治験依頼者  開発業務受託機関 | | |

以上