様式７

平成　　年　　月　　日

**小児治験ネットワーク施設情報登録票**

小児治験ネットワーク事務局　宛

小児治験ネットワーク設置運営規程第14条に基づき本書を提出いたします。

1. 施設情報

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 施設住所 |  |
| 代表電話番号 |  |
| 施設長 | （役職名※） | （氏名） |

※ 総長、院長、病院長、センター長などの役職名をご記載ください。

2. 治験業務担当者情報

＊下記の登録者に治験実施可能性調査、治験に係る情報などを配信いたします。

1）治験業務部門長又は実務責任者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏名 |  | 所属／役職名 |  |
| 連絡先（内線番号含む） | TEL：FAX： | メールアドレス |  |

2）実務担当者（複数でも差し支えありません）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏名 |  | 所属／役職名 |  |
| 連絡先（内線番号含む） | TEL：FAX： | メールアドレス |  |

3. その他

小児治験ネットワークへの意見・要望

|  |
| --- |
|  |