

旅行依頼(計画)書

西暦 年 月 日

愛媛大学医学部附属病院
病 院 長 殿

治験依頼者
住所
名称
代表者名

(研究題目) に係る臨床研究の遂行上必要な
ため、貴学に所属する者を下記により旅行をさせて下さるようお願いいたします。

記

- 1 旅行者の所属
職・氏名
- 2 用 務
- 3 用 務 先
- 4 旅 行 期 間
- 5 研究会等実施
予定時間

備考：上記の旅行については、受託研究契約期間内に実施予定の研究会、中間検討会、症例報告会等記載して頂き、治験の計画及び実施に係る事前の研究会への出席については、当該治験を当該大学附属病院で受託研究として実施するかどうかは未定の段階であることから公務の出張とはしないため、記載しないで下さい。

また、上記旅行については、必ず旅行者の確認・承諾を得て下さい。