

JDCP study 連絡先変更届

医療施設名	
連絡者名	
中央登録番号	

送付先

JDCPstudyデータセンター

FAX : 0120-03-1024

変更内容 ※変更となる内容のみお書きください。

変更の概要	<input type="checkbox"/> 1.ご担当医の変更・異動 (被験者が転院される場合も含む)	<input type="checkbox"/> 1.同じ施設内で別の先生がご担当いただく 後任の担当医師名:
		<input type="checkbox"/> 2.別の施設でご担当いただく (被験者が転院される場合を含む) ※ 複数の被験者がいて、それぞれ異なる場合には、その旨の記載をお願いします。 (この紙面で書ききれない場合には、別の紙に記載頂いてFAXに添付してください)
		引継ぎ先の施設名: 住所: 連絡先: 引継ぎ先の担当医師名:
		<input type="checkbox"/> 3.引継ぎ先が決まっていない ※転院先、引継ぎ先が決まっていない場合、JDCPの参加施設(近隣あるいは転地先)を研究チームからご紹介させていただきます。
		<input type="checkbox"/> 2.施設情報の変更
	備考	

*この用紙に関するお問い合わせは、JDCPstudyデータセンターまでお願いします。
 TEL:0120-79-1024(平日9:00~17:30対応) FAX:0120-03-1024(24時間対応)