

JCOG _____ 追加施設連絡票

年 月 日

JCOG データセンター 御中

このたび、下記施設が本臨床試験の実施に必要な各種規準を満たしたことから、
JCOG _____ グループの総意を得て、本臨床試験への参加を決定いたしましたのでご連絡申し上げます。

研究代表者 _____

研究事務局 _____

医療機関名	施設研究責任者名

備考(追加に際して、特別な事情がある場合記載):

JCOG 運営事務局長確認 _____ 年 月 日

JCOG データセンター長確認 _____ 年 月 日