CNO様式3

**ネットワーク治験実施申請書**

平成　　年　　月　　日

治験ネットおおさか　ネットワーク事務局　宛

実施医療機関の長

　以下の治験について、治験ネットおおさかに登録する複数の医療機関において治験を実施することを確認しましたので、治験ネットおおさか設置運営規程第14条に基づき、治験ネットおおさかにおけるネットワーク治験の実施を申請いたします。

|  |
| --- |
| **治験の概要** |
| 治験課題名 |  |
| 治験実施計画書番号 |  |
| 治験依頼者 |  |
| 参加意向調査整理番号（ある場合） |  |

|  |
| --- |
|  |

実施医療機関の長

　　　　　　　　　　殿

　上記の治験について了解しましたので、以下の整理番号を付与し、手続きを開始します。

　　整理番号：

平成　　年　　月　　日

治験ネットおおさか　ネットワーク事務局