年　　　月　　　日

佐賀大学医学部附属病院長　殿

佐賀大学医学部附属病院臨床研究センターホームページにおける治験情報の公開について

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　*治験依頼者名（社印不要）*

治験課題名：

　　　　　　　　（治験実施計画書番号：）

当該治験に関して、臨床研究センターホームページにおいて、

「診療科、対象疾患、剤型」について情報公開されることを

□　許可します

□　許可しません