高崎書式13

**治験参加時連絡先**

年　　月　　日

独立行政法人　国立病院機構

高崎総合医療センター　院長　殿

患者名

　治験参加中における連絡先について下記の通りお知らせします。

　本人以外の方に連絡をする際、治験参加について伝えることに

同意（　します　・　しません　）。

* + どちらかに○を付けて下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ご本人 | 自宅住所 |  |
| 自宅電話番号 |  |
| 携帯電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 家族等　① | 氏名 | （　　　　　） |
| 連絡先番号 |  |
| 家族等　② | 氏名 | （　　　　　） |
| 連絡先番号 |  |
| 家族等　③ | 氏名 | （　　　　　） |
| 連絡先番号 |  |
| ご希望事項 |  | |