

情報開示依頼書

国立研究開発法人  
 国立精神・神経医療研究センター 理事長 殿  
 神経・筋疾患患者情報登録システムRemudy 情報管理者 殿

依頼者:  
 住所:  
 名称:  
 代表者氏名: 印

下記の通り、神経・筋疾患患者情報登録システムRemudyの登録情報の開示を依頼させていただきます。

研究課題名	
研究内容	
主な選択基準	
開示依頼情報	
開示依頼の理由	
秘密保持事項	
連絡先	住所: 所属: 氏名: TEL: FAX: E-mail :