

(貴事務所)

受#2

事務所名

担当者様

資料一覧 兼 受領書

受領日: 令和 年 月 日

メディカルリサーチ株式会社

印

患者名		確認欄
資料	・	
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	

以上

※本書をもって資料の管理並びに返却時の確認を致します。

必ず詳細をご記入ください。

※弊社記入欄となります。