

滋賀県立成人病センター研究所 検査担当者 宛

FAX 番号： 077-582-6041

新規 PET 薬剤： $[^{18}\text{F}]$ 標識ピタバスタチン F1 誘導体 ( $[^{18}\text{F}]$ PTV-F1)  
健常ボランティア検査参加希望者のための登録申込書

私は検査内容を十分に理解したうえで、PET 薬剤 $[^{18}\text{F}]$ PTV-F1 を用いた健常ボ  
ランティア検査を希望しますので、ご登録をお願いします。

(FAX でも読めるように大きな文字ではっきりと記載してください)

姓 名

氏名 (ひらがな)：

氏名 (漢字)：

生年月日：

(西暦) 年 月 日 生まれ (年齢 歳)

性別 (チェックしてください)：  男性  女性

住所：郵便番号( )

電話番号 (こちらから連絡しますので、日中に連絡の取れる番号を記載してください)：

自宅  自宅外

センター関係者の場合、PHS 等の院内連絡先：

当院の受診歴 (チェックしてください)：

受診したことがある (あれば、7けたの患者 ID 番号を記載して下さい)

受診したことがない

その他、具体的なお希望等がございましたら、ご記入ください。