

整理番号	—
------	---

西暦 年 月 日

### モニタリング・監査申込書

成田赤十字病院  
 院長 角南 勝介 様

直接閲覧申込者  
 所属・職名  
 氏名 印

下記の治験の直接閲覧(□モニタリング、□監査)を実施したく以下のとおり連絡いたします。

記

課題名		
実施日時	西暦 年 月 日 時 分 ~ 時 分	
閲覧者	所属 :	氏名 :
閲覧者の連絡先	TEL :	Email :
立会人 (希望時のみ記載)	□研究責任者 □研究分担者 □研究協力者 □その他 ( )	
実施対象患者 識別コード	直接閲覧対象文書等	
	□診療記録 (外来・入院) □症例報告書 □その他 ( )	
	□診療記録 (外来・入院) □症例報告書 □その他 ( )	
	□診療記録 (外来・入院) □症例報告書 □その他 ( )	
	□診療記録 (外来・入院) □症例報告書 □その他 ( )	
	□診療記録 (外来・入院) □症例報告書 □その他 ( )	
直接閲覧 に係る契約	□あり □なし	
備考	カルテ閲覧申請 : □申請済 □閲覧のみ権限 □当日のみ有効 □閲覧ID, PW返却予定	

西暦 年 月 日

### 確認欄

倫理委員会事務局 からの連絡	□連絡のとおり直接閲覧を受け入れます。	
	実施日時は、西暦 年 月 日 時 分 ~ 時 分です。	
	□その他 ( )	
倫理委員会事務局 (窓口) 担当者連絡先	氏名 :	所属 :
	TEL :	FAX :
	Email :	

注) 本書式は当該試験の申請責任者が作成し、成田赤十字病院倫理委員会 事務局に Email 等で提出する。