

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)	<input type="checkbox"/> 研究責任者 <input type="checkbox"/> 研究分担者 <input type="checkbox"/> 研究協力者 <input type="checkbox"/> その他 ()
実施対象患者 識別コード	直接閲覧対象文書等
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> その他 ()
直接閲覧 に係る契約	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
備考	カルテ閲覧申請： <input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 閲覧のみ権限 <input type="checkbox"/> 当日のみ有効 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> 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。