西暦ここをクリックして日付を入力してください。

直接閲覧連絡票

（モニタリング・監査申請書）

三重大学大学院医学系研究科長　殿

三重大学医学部附属病院長　殿

直接閲覧申込（実施）者

（氏名）

（所属）

（住所）

（電話）

（E-mail）

下記の臨床研究の直接閲覧(アイテムを選択してください。)を実施したく以下のとおり連絡いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 承認番号 |  |
| 研究課題名 |  |
| 研究責任者 | （所属・診療科）　　　　　　　　　　（氏名） |
| 実施希望日時 | 西暦ここをクリックして日付を入力してください。　○時○分　～　○時○分 | 実施場所 | [ ] (　　　　　　)[ ] 臨床研究開発センター |
| 立会人（希望時のみ記載） | [ ] 研究責任者　　[ ] 研究分担者[ ] 研究支援者　　[ ] その他（　　　　　　　） | 同行者 | [ ] 有（　　　　名）[ ] 無 |
| 対象となる被験者の識別コード | 直接閲覧対象文書等 |
|  | [ ] 診療記録　[ ] 症例報告書　[ ] 被験者日誌　[ ] 試験薬管理表[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | [ ] 診療記録　[ ] 症例報告書　[ ] 被験者日誌　[ ] 試験薬管理表[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | [ ] 診療記録　[ ] 症例報告書　[ ] 被験者日誌　[ ] 試験薬管理表[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | [ ] 診療記録　[ ] 症例報告書　[ ] 被験者日誌　[ ] 試験薬管理表[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | [ ] 診療記録　[ ] 症例報告書　[ ] 被験者日誌　[ ] 試験薬管理表[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他貸出希望資料 | [ ] 倫理審査委員会関連資料[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |

西暦　　　年　　月　　日

電子カルテ閲覧　ID/パスワード

|  |  |
| --- | --- |
| ID |  |
| パスワード |  |