（申請者→病院長）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　臨床研究・様式15（1） Ver.1

年　　月　　日

モニタリング・監査 実施申請書

獨協医科大学埼玉医療センター　病院長　殿

申請者

所属

氏名

研究の実施状況等について、モニタリング・監査をいたしたく申請いたします。

なお、モニタリング・監査に当たっては、対象症例のみの閲覧とし、担当者による被験者との直接接触、原資料等の複写はいたしません。また、被験者の個人的秘密等は保全されることを保証します。

記

研究番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課 題 名 |  | | |
| 研究責任者 | 所属：  氏名： | | |
| 研究予定期間 | 年　月　日～　年　月　日 | | |
| 実施希望日時 | 年　月　日　　　時　分～　時　分 | | |
| 対象症例 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 対象書類等 | □診療記録  □症例報告書  □倫理審査関係書類  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 備考 |  | | |

臨床研究・様式15（2）　Ver.1

モニタリング担当予定者（３名以上が行う場合は、コピーしてお使い下さい）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属 |  |
| 本人確認（顔写真入り証明書を添付）例：社員証、免許証等（個人情報マスキング） | |
| ※提出時は空欄にして、来院の際にご署名をお願いいたします  電子カルテ使用に際し、直接閲覧の対象となる被験者以外へのアクセスは行いません。  署名：  日付：　　　年　　月　　日　　使用時間　　　：　　～　　　：  使用電子カルテ番号： | |

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属 |  |
| 本人確認（顔写真入りの証明を添付してください）例：社員証、免許証（個人情報マスキング）等 | |
| ※提出時は空欄にして、来院の際にご署名をお願いいたします  電子カルテ使用に際し、直接閲覧の対象となる被験者以外へのアクセスは行いません。  署名：  日付：　　　年　　月　　日　　使用時間　　　：　　～　　　：  使用電子カルテ番号： | |