

提出時は青字部分を全て削除してください
黒字で作成してください

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

申請者の所属、氏名を入力
(代表者の記載不要になりました)

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	<input type="checkbox"/> 診療記録 <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> 倫理審査関係書類 <input type="checkbox"/> その他 ()		
備考			

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（個人情報マスクング）	
<p>※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</p> <p>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。</p> <p>署名：_____</p> <p>日付：____年__月__日 使用時間____：__～____：__</p> <p>使用電子カルテ番号：_____</p>	

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（個人情報マスクング）等	
<p>※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</p> <p>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。</p> <p>署名：_____</p> <p>日付：____年__月__日 使用時間____：__～____：__</p> <p>使用電子カルテ番号：_____</p>	