西暦　　　年　　月　　日

臨床研究の直接閲覧実施連絡票

獨協医科大学病院

臨床研究管理センター

臨床研究管理部門 御中

直接閲覧申込者

（所属）

　　（氏名）

下記の臨床研究の直接閲覧(モニタリング)を実施したく以下のとおり連絡いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 実施希望日時 | 西暦　　　年　　月　　日　　　　時　　　分　～　　　　時　　　分 |
| 閲覧者連絡先 | TEL： | FAX： |
| Email： |
| 立会人（希望時のみ記載） | □研究責任者　□研究分担者　□協力者　□その他（　　　） |
| 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（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□薬剤（機器）管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□薬剤（機器）管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□薬剤（機器）管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□薬剤（機器）管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□薬剤（機器）管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他の資料 | □臨床研究審査委員会議事録　　□治験審査委員会議事録　　□生命倫理委員会議事録□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 貸出希望資料 |  |
| 備考 |  |

西暦　　　　年　　　月　　日

確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事務局（窓口）担当者連絡先 | 氏名：  | 所属： |
| TEL： | FAX： |
| Email： |