西暦　　　年　　月　　日

直接閲覧実施連絡票

大分大学医学部附属病院

介入臨床研究審査委員会事務局　御中

直接閲覧申込者

（所属・部署）

（氏名）　　　　　　　　印

下記の臨床研究の直接閲覧(□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

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床研究課題名 |  |
| 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　□研究協力者　□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　□治験薬管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□治験薬管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□治験薬管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□治験薬管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□治験薬管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他の資料 | □審査委員会議事録□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 貸出希望資料 | □医療用医薬品集□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |

西暦　　年　　月　　日

確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| 審査委員会事務局からの連絡 | □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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 審査委員会事務局（窓口）担当者連絡先 | 氏名：  | 所属： |
| TEL： | FAX： |
| Email： |