西暦　　　　年　　月　　日

直接閲覧申込書

研究機関の長

（研究機関名）（長の職名）　殿

直接閲覧申込者

（名称・所属）

（氏名）

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

|  |  |
| --- | --- |
| 研究計画書番号 |  |
| 研究課題名 |  |
| 実施希望日時 | 西暦　　　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 立会人（希望時のみ記載） | □研究責任者　 □研究分担医師　　□研究分担者□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研究対象者の識別コード | 直接閲覧対象文書等 |
|  | □診療記録（外来・入院）　□同意書 　□症例報告書 　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□同意書　 □症例報告書 　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□同意書　 □症例報告書 　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□同意書　 □症例報告書 　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□同意書　 □症例報告書 　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他の閲覧資料 |  |
| 閲覧者氏名連絡先 | 氏名：TEL：　　　　　　　　　FAX:　　　　　　　Email： |
| 備考 |  |