西暦　　　年　　月　　日

直接閲覧申込書

独立行政法人国立病院機構

九州医療センター　院長殿

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、症例報告書作成支援)を実施したく以下のとおり連絡いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研究組織名 |  | |
| 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） | 研究責任医師　研究分担医師　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  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | 診療記録（外来・入院）　症例報告書　　被験者日誌  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | 診療記録（外来・入院）　症例報告書　　被験者日誌  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | 診療記録（外来・入院）　症例報告書　　被験者日誌  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | 診療記録（外来・入院）　症例報告書　　被験者日誌  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| その他の資料 | 倫理審査結果通知書  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 備考 |  | |

西暦　　　年　　月　　日

臨床研究センター長　殿

（臨床試験支援センター行）

上記研究について以上のとおり実施しますので報告いたします。

研究責任者（氏名）