西暦　　　年　　月　　日

直接閲覧実施連絡票

地方独立行政法人　秋田県立病院機構

秋田県立循環器・脳脊髄センター　治験事務局　御中

直接閲覧申込者

（名称・所属）

（氏名）

下記の治験の直接閲覧(□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

|  |  |
| --- | --- |
| 治験依頼者 |  |
| 被験薬の化学名又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  |
| 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） | □治験責任医師　□治験分担医師　□治験協力者　□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　□治験使用薬管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□治験使用薬管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□治験使用薬管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□治験使用薬管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□治験使用薬管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他の治験資料 | □治験審査委員会議事録□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 貸出希望資料 |  |
| 備考 |  |

西暦　　年　　月　　日

確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| 治験事務局からの連絡 | □希望日時のとおり直接閲覧を受け入れます。 |
| □以下の日時にて直接閲覧を受け入れます。 |
| 西暦　　　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 治験事務局（窓口）担当者連絡先 | 氏名：  | 所属： |
| TEL： | FAX： |
| Email： |