西暦　　　年　　月　　日

直接閲覧実施連絡票

旭川医科大学病院

　　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 |
| 実施場所 | □当院　　□遠隔地　※遠隔地の場合は「旭川医科大学病院リモートデスクトップシステムを利用したリモートSDVの実施に関する標準業務手順書」に従い必要な手続きを行ってください。 |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他の治験資料 | □治験審査委員会議事録□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

|  |  |
| --- | --- |
| 治験事務局からの連絡 | □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（□実施場所： 臨床研究支援センター　　　　　　　　　　　 研究支援課　※12:00～13:00は担当者不在のため一時退席願います。　　　　　□治験薬管理表の閲覧は別途治験薬管理部門のアポイントが必要です。） |
| 治験事務局（窓口）担当者連絡先 | 氏名：  | 所属： |
| TEL： | FAX： |
| Email： |