西暦　　　　　　年　　月　　日

**治験に係るモニタリング及び監査業務の電子カルテ閲覧申請・許可書**

**（ □ 新規閲覧 ・ □ 変更 ・ □ 再閲覧 ）**

川崎医科大学附属病院

病院長　〇〇　〇〇　殿

治験依頼者名　 印

開発業務受託機関名　 印

担当モニター・監査者氏名　 印

※（フリガナ・性別）

治験依頼者による（ □ モニタリング・□ 監査 ）業務の電子カルテ閲覧申請をいたします。

なお、治験契約及び治験契約に付随する覚書を遵守することを誓います。

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 治験薬コード |  |
| 治験課題名 |  |
| 治験契約期間 | 西暦　　　年　　月　　日 ～ 西暦　　　年　　月　　日 |
| 治験依頼者  連絡先 | 電話番号  E-mail |
| 開発業務受託機関  連絡先 | 電話番号  E-mail |
| 閲覧開始日 | 西暦　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 閲覧終了日 | 西暦　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 閲覧者ID（変更・再閲覧の場合記入） |  |
| 備考  ※変更の場合は変更点を記入  ※再閲覧の場合は再閲覧理由を記入 |  |

西暦　　　年　　月　　日

治験依頼者　〇〇〇〇　殿

開発業務受託機関　〇〇〇〇　殿

担当モニター・監査者　〇〇〇〇　殿

川崎医科大学附属病院

病院長　〇〇　〇〇　印

上記申請を許可します。但し、治験契約及び治験契約に付随する覚書に則り閲覧すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 閲覧者ID |  |
| 閲覧者パスワード |  |