CTREC　直接閲覧実施連絡票

申込日：西暦　　　年　　月　　日

京都府立医科大学附属病院

臨床研究推進センター（CTREC）担当者　御中

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、□その他（　　　　　　　　　）)を実施したく以下のとおり連絡いたします。

記

※下記太枠内の項目ご記載ください。該当するチェックボックスにチェックをお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 研究種別 | □特定臨床研究　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 区分 | □医薬品　□医療機器　□再生医療等製品　□その他（　　　　　　　　　） |
| 実施診療科 |  |
| 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 | □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 | 閲覧内容 |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考閲覧希望者が複数名の場合は会社名、職名、氏名を記載 |  |

CTREC確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| CTRECからの連絡 | □連絡のとおり直接閲覧を受け入れます。（西暦　　　　年　　月　　日） |
| 実施日時は、西暦　　　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　時　　分です。 |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| CTREC（窓口）担当者連絡先 | 氏名：  | 所属：臨床研究推進センター（CTREC） |
| TEL：075-251-5308 | FAX：075-251-5729 |
| Email： |