　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦 　　年 　月 　日

治験審査委員会に関する情報閲覧申請書

（治験審査委員会設置者）

自治医科大学附属病院　病院長　殿

　　（申請者）

住所：

氏名：　　　　　　　　　印

電話：

　下記のとおり自治医科大学附属病院治験審査委員会に関する情報閲覧を申請します。なお、閲覧した情報について、第三者に漏洩及び悪用しないことを宣言いたします。私が情報を漏洩又は悪用することにより、貴院あるいは関係者に損害を与えた場合には全責任を持ってその損害を賠償いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 閲覧を希望する情報 | □治験審査委員会の記録の概要  　1)  　2)  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 閲覧希望日 | 西暦 　　年 　月 　日　　　時　　分～　　時　　分 |
| 閲覧を希望する理由注１ |  |
| 申請者に同行し閲覧をする者注2  □無  □有 | １）住所：  氏名：  電話：  ２）住所：  氏名：  電話： |

注1：閲覧する理由を、閲覧希望する情報との関係などを具体的に記載して下さい。

注2：申請者に同行し閲覧をする者がいる場合には、「有」をチェックし必要事項を記載して下さい。なお、同行者がいない場合には、「無」をチェックし、その他は記入しないで下さい。