西暦　　　年　　月　　日

直接閲覧実施連絡票（監査用）

※赤字は削除すること

（研究責任者）※計画書と整合させる。

所 属：

職 名：

氏 名：

直接閲覧実施者（申込者）

　名称・所属：

氏名：

下記研究の監査を実施したく連絡いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | 第 　　　　　号 【第 臨□○○―○○、第 臨□○○―○○・・・変更】※許可された最新の受付番号を記載すること。※変更履歴がある場合は、【 】内に全てを記載すること。 |
| 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： |
| 被験者識別コード |  |
| 閲覧資料 | □診療録 　　　　　　　　　　　□同意文書　　　　　　　　　　□患者日誌□症例報告書　　　　　　　　　□研究に係る文書又は記録（研究機関保管分）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |

※臨床研究支援センターが編成した監査担当者以外は所属や職責が確認できる文書を添付すること