西暦　　　年　　月　　日

直接閲覧実施連絡票

※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：

下記研究のモニタリング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所属以外のモニターは所属や職責が確認できる文書を添付すること