西暦　　　年　　月　　日

熊本大学病院 直接閲覧実施連絡票

熊本大学病院

臨床試験支援センター治験事務局　御中

直接閲覧申込者

（名称・所属）

（氏名）

下記の治験の直接閲覧(□モニタリング、□電話モニタリング、□監査)を実施したく以下のとおり連絡いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 治験依頼者・実施診療科 |  |
| 被験薬の化学名又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  |
| 実施希望日時 | 西暦　　　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　　時　　分　 |
| 閲覧者連絡先（代表者のみ記載） | TEL： | FAX： |
| Email： |
| その他閲覧者 | 所属：　　　　　　　　　　　　　　氏名： |
| 立会人 | □治験責任医師　□治験分担医師　□治験協力者　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 被験者識別コード | 直接閲覧対象文書等 |
|  | □診療記録　□症例ファイル□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録　□症例ファイル□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録　□症例ファイル□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録　□症例ファイル□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録　□症例ファイル□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他の治験資料 | □医師主導治験責任医師保管ファイル　□治験責任医師保管ファイル□事務局保管ファイル　　□標準業務手順書　□治験審査委員会委嘱簿　□治験審査委員会議事録　□治験薬温度管理表　□治験薬管理ファイル　□治験薬温度計校正記録　□精度管理記録（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |