

直接閲覧実施連絡票

地方独立行政法人
三重県立総合医療センター 御中

直接閲覧申込者
所属
氏名

下記の研究の直接閲覧(□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

研究課題 (管理番号)	
実施希望日時	西暦 年 月 日 時 分 ~ 時 分
実施場所	
閲覧者連絡先	TEL : ----- Email :
立会人 (希望時のみ記載)	<input type="checkbox"/> 研究責任者 <input type="checkbox"/> 研究分担者 <input type="checkbox"/> 研究協力者 <input type="checkbox"/> その他 ()
対象となる被験者の 識別コード	直接閲覧対象文書等
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> その他 ()
その他の資料	
貸出希望資料	
備考	

確認欄

事務局からの連絡	<input type="checkbox"/> 連絡のとおり直接閲覧を受け入れます。 ----- 実施日時は、西暦 年 月 日 時 分 ~ 時 分です。 ----- <input type="checkbox"/> その他 ()
事務局 (窓口) 担当者連絡先	所属 : 氏名 : ----- TEL : Email :