西暦ここをクリックして日付を入力してください。

直接閲覧実施連絡票

名古屋大学大学院医学系研究科及び医学部附属病院

　　生命倫理審査委員会事務局　御中

直接閲覧申込者

（所属）

（氏名）

下記の臨床研究の直接閲覧(アイテムを選択してください。)を実施したく以下のとおり連絡いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代表研究事務局 |  | |
| 研究実施計画書番号 |  | |
| 研究課題名 |  | |
| 実施希望日時 | 第一希望：西暦ここをクリックして日付を入力してください。　○時○分　～　○時○分  第二希望：西暦ここをクリックして日付を入力してください。　○時○分　～　○時○分  第三希望：西暦ここをクリックして日付を入力してください。　○時○分　～　○時○分 | |
| 閲覧者連絡先 | TEL： | FAX： |
| Email： | |
| 立会人  （希望時のみ記載） | 研究責任医師　研究分担医師　研究協力者　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 | |
|  | 診療記録　症例報告書　被験者日誌　試験薬管理表  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | 診療記録　症例報告書　被験者日誌　試験薬管理表  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | 診療記録　症例報告書　被験者日誌　試験薬管理表  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | 診療記録　症例報告書　被験者日誌　試験薬管理表  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | 診療記録　症例報告書　被験者日誌　試験薬管理表  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| その他の資料 | 生命倫理審査委員会関連資料  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 貸出希望資料 |  | |
| 備考 |  | |

西暦ここをクリックして日付を入力してください。

確認欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生命倫理審査委員会  事務局からの連絡 | 連絡のとおり直接閲覧を受け入れます。 | |
| 実施日時は、西暦ここをクリックして日付を入力してください。　○時○分　～　○時○分です。  実施場所は、○○です。 | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 生命倫理審査委員会事務局（窓口）  担当者連絡先 | 氏名： | 所属： |
| TEL： | FAX： |
| Email： | |