|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参考書式２－1 | 整理番号 |  |
|  | 区分 | □適応内介入　□特定臨床研究　□その他 |

西暦　　　年　　月　　日

直接閲覧実施連絡票

地方独立行政法人大阪府立病院機構

大阪母子医療センター

臨床研究部　臨床研究支援室　御中

直接閲覧申込者

（名称・所属）

（氏名）

下記の臨床研究の直接閲覧(□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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研究課題名 |  | |
| 実施希望日時 | 西暦　　　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　　時　　分 | |
| 閲覧者連絡先 | TEL： | FAX： |
| Email： | |
| 立会人  （希望時のみ記載） | □研究責任者　□研究分担者　□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（外来・入院）　□症例報告書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| その他の資料 | □倫理委員会議事録  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 貸出希望資料 |  | |
| 備考 |  | |

西暦　　年　　月　　日

確認欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 臨床研究支援室からの連絡 | □連絡のとおり直接閲覧を受け入れます。 | |
| 実施日時は、西暦　　　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　　時　　分です。 | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 臨床研究支援室（窓口）  担当者連絡先 | 氏名： | 所属： |
| TEL： | FAX： |
| Email： | |

注）本書式は直接閲覧申込者（担当者）が作成し、臨床研究支援室にFAXやEmail等で提出する。

臨床研究支援室は内容を確認、確認結果を記入し、FAXやEmail等で連絡する。