

臨床研究カルテ閲覧申込フォーム

◎ 申請フォーム

以下の項目を記載し送信を押してください。

申請者	閲覧者 氏名* <input type="text"/> フリガナ* <input type="text"/> 生年月日 (西暦)* <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 会社・組織 会社・組織名・ 所属部署* <input type="text"/> 所在地* <input type="text"/> 連絡先 Email* <input type="text"/> TEL* <input type="text"/>
	対象研究 治験契約番号/ 研究番号 <input type="text"/> 研究の種類* <input checked="" type="radio"/> 治験 <input type="radio"/> 臨床研究 課題名* <input type="text"/> <small>400文字以内で入力してください</small>
	閲覧情報 閲覧目的* <input type="text"/> <small>200文字以内で入力してください</small> 0文字 対象範囲と項目および必要とする資料* <input type="text"/> <small>200文字以内で入力してください</small> 0文字 <input type="button" value="ファイルの選択"/> ファイルが選択されていません <input type="button" value="ファイルの選択"/> ファイルが選択されていません <input type="button" value="ファイルの選択"/> ファイルが選択されていません <small>ファイルの種類：テキスト・word・excel・pdf ファイルサイズ：1MB以下。</small> 閲覧希望日 (期間)* <input type="text"/> ~ <input type="text"/> <small>希望日から2週間以降の日付を入力ください。 土日祝を避けてください。</small>
	治験責任医師/ 合致中央病院 責任者 所属* <input type="text"/> 職名 <input type="text"/> 氏名* <input type="text"/>
	パソコン持込 情報 パソコン持込 <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <small>ありの場合は下記に記載ください</small> パソコン機種 <input type="text"/> 利用目的 <input type="text"/> <small>200文字以内で入力してください</small>

実際に閲覧に来られる方の情報を入力してください。
 ※所在地：閲覧に来られる方の勤務地を記載ください
※閲覧者一人につき、ひとつの申請が必要です

「研究番号」を入力してください

「臨床研究」を選択してください

倫理申請時の研究課題名を入力してください
※複数の研究を同時に申請はできません

「SDV」「必須文書閲覧」(同時に実施する場合は両方)と入力してください

対象範囲：「被験者識別番号」等
 ※対象が多い場合は【ファイルの選択】から一覧表を添付してください
項目：「研究計画書に定める項目」
必要とする資料：「診療記録」「症例報告書」等
 閲覧対象資料
 ※必須文書のみ閲覧の場合は「病院長保管資料」「責任医師保管資料」「SOP類」、閲覧希望資料の詳細を記載ください。
 「被験者識別番号」の記載は不要です

希望日から研究契約終了日を入力してください

台蔵中央病院 職員担当者	機密情報 暗号化	<input type="text"/> 0文字 <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 未対応 <input checked="" type="radio"/> 対応済み ソフト名 <input type="text"/> <small>※機密情報がある場合、暗号化されていないPCの持込みはできません</small>
	所属	<input type="text"/>
	氏名	<input type="text"/>
	Email*	<input type="text"/>

申請サイト案内時にご連絡いたします