

西曆 ○○年 ○○月 ○○日

直接閱覽實施連絡票

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、☐ 監査)を実施したく以下のとおり連絡いたします。

コメントの追加 [A1]: 該当する方にチェックを入れてください。

コメントの追加 [A2]: 電子カルテの閲覧がある場合
記載してください。

コメントの追加 [A3]: 同意書も必要な場合は記載してください。

紙カルテの閲覧が必要かどうかについて担当 CRC に
一度ご確認をお願いいたします。

コメントの追加 [A4]: TidyMed（電子ワークシート）の閲覧を希望する場合は記載してください。

コメントの追加 [A5]: 必須文書の閲覧希望がある場合は記載してください。確認を希望される期間が決まっていれば、記載してください。

コメントの追加 [A6]: SOP 類を閲覧希望される際は記載してください。

コメントの追加 [A7]: 精度管理記録の閲覧希望がある場合は記載してください。(詳細は備考欄参照)

コメントの追加 [A8]: 治験審査委員会議事録の確認を希望される場合、期間を記載いただけますと助かります。

コメントの追加 [A9]: 2 名以上で閲覧する場合、同行者の名前を記載してください。

コメントの追加 [A10]: 精度管理記録の閲覧希望がある場合は対象機器名を記載してください。また、検体保管庫に関しては、閲覧を希望する**保管庫の温度帯と対象期間**も必ず記載してください。(※2024年8月以降の温度記録はAgathaで確認してください。)

西曆 年 月 日

治験事務局からの連絡	☐ 連絡のとおり直接閲覧を受け入れます。		
	実施日時は、西暦 年 月 日 時 分 ～ 時 分です。		
	☐ その他 ()		
治験事務局（窓口） 担当者連絡先	氏名：	確認欄は使用しません。	
	TEL：		FAX：
	Email：		