

整理番号	空欄でご提出願います(受付担当者により記載)
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

←該当する項目を■記載

西暦 年 月 日

直接閲覧実施連絡票 (新規 変更)

↑ご提出年月日を記載

↑初回提出時は「新規」、変更提出時は「変更」を■記載

順天堂大学医学部附属順天堂医院
治験事務局 御中

直接閲覧申込者 (名称・所属) (氏名)	申込をされた方のご所属とお名前
----------------------------	-----------------

↓該当する項目を■記載、直接閲覧時は↓の枠内も選択必要

- 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。
- 下記の治験の治験薬確認を実施したく以下のとおり連絡いたします。
- 下記の治験の必須文書確認を実施したく以下のとおり連絡いたします。

記

治験依頼者	※当赤枠内は、該当する内容を記載		
被験薬の化学名 又は識別記号		治験実施計画書番号	
治験課題名			
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)	<input type="checkbox"/> 治験責任医師 <input type="checkbox"/> 治験分担医師 <input type="checkbox"/> 治験協力者 <input type="checkbox"/> その他 (必須文書確認時は■その他を選択し、以下記載 治験事務局)		
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"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> 症例ファイル <input type="checkbox"/> 治験薬管理表 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 診療記録(外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> 症例ファイル <input type="checkbox"/> 治験薬管理表 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 診療記録(外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> 症例ファイル <input type="checkbox"/> 治験薬管理表 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 診療記録(外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> 症例ファイル <input type="checkbox"/> 治験薬管理表 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 診療記録(外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> 症例ファイル <input type="checkbox"/> 治験薬管理表 <input type="checkbox"/> その他 ()		
その他の 治験資料	<input type="checkbox"/> 院長保管文書 <input type="checkbox"/> 治験審査委員会議事録 <input type="checkbox"/> その他 ()		
備考	立会人: 担当CRC名または治験事務局担当者名		電子カルテ使用
	モニター: 当日訪問する方全員のお名前を記載、追加変更時は連絡票の変更提出要 場所: 担当CRCまたは治験事務局より教示のあった実施場所を記載		有・無

↑直接閲覧は「有」、必須文書確認は「無」

に「○」記載

当枠内は、空欄でご提出(受付担当者記載欄)

確認欄

西暦 年 月 日

治験事務局からの 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 ()
治験事務局 (窓口) 担当者連絡先	氏名: 所属: 臨床研究・治験センター(治験事務局)
	TEL: 03-5802-1584 FAX: 03-5802-1715
	Email: jrcrcsdv@juntendo.ac.jp

注) 本書式は治験依頼者等の直接閲覧申込者(担当者)が作成し、臨床研究・治験センターにE-mailで提出する。臨床研究・治験センターは内容を確認、確認結果を記入し、E-mailで連絡する。