西暦　　　年　　　月　　　日

信州大学医学部附属病院 臨床試験実施に伴う電子カルテ閲覧用ID取得申請調書

信州大学医学部附属病院

臨床研究支援センター長　　　　殿

利用申請者所属組織代表者

会社名：

所　属：

氏　名：

利用申請者

会社名：

所　属：

氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　自署

下記の者について、省令GCP及び信州大学医学部附属病院との受託研究(治験)契約書に基づく直接閲覧実施のための電子カルテ閲覧用ID利用申請（新規・変更・停止）を致します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 区分注1） | □新規　　　□変更　　　□停止 |
| 閲覧者カナ氏名 |  |
| 閲覧者漢字氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 性別 |  |
| 委託会社名称 |  |
| 連絡先 | （内線：　　　　　　） |
| 治験実施計画書番号 |  |

利用については、電子カルテID配布時に同封されている「信州大学医学部附属病院 病院情報システム運用管理規定」を熟知のうえ遵守して下さい。

注1）直接閲覧担当者が変更になった場合及び、使用の必要がなくなった場合には、本書にて速やかに連絡してください。