西暦　　　 年　　　 月　　　 日

**直接閲覧実施申込書**

独立行政法人国立病院機構

名古屋医療センター院長　殿

閲覧申込者

所属：

氏名：

下記の臨床研究について，以下のとおり直接閲覧いたしたく，ここに申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 臨床研究の名称 | |  | |
| 臨床試験(研究)登録番号： | |
| 研究責任者 | | 所属・氏名： | |
| 直接閲覧の実施計画 | 実施日時 | 西暦　　 年　　 月　　 日（　　）　 時　　分 ～ 時　　分 | |
| 閲覧担当者 | （所属）氏名： | |
| （所属）氏名： | |
| （所属）氏名： | |
| （所属）氏名： | |
| 連絡先 | TEL： | FAX： |
| E-mail： | |
| 対応者  (希望時のみ記載) | 研究責任者， 研究分担者（氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  研究事務局， その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　 ） | |
| 対 象 被 験 者 | 被験者識別コード | 被験者識別コード |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 対象資料 | 外来診療録  入院診療録  同意書  処方箋  検査資料  画像診断資料  審査記録　　責任医師ファイル  その他（ ） | |
| 備考 | |  | |