

申請日： \_\_\_\_\_

DDworks Trial Site 利用申請シート(新規・変更)

近畿大学病院  
臨床研究センター システム運用責任者 殿

会社名： \_\_\_\_\_  
氏名： \_\_\_\_\_  
TEL： \_\_\_\_\_

記

|                      |  |   |   |
|----------------------|--|---|---|
| DDworks Exchangeとの連携 | <input type="checkbox"/> 希望する (申請時期： 年 月)<br><input type="checkbox"/> 希望しない              |   |   |
| 区分                   | <input type="checkbox"/> 治験<br><input type="checkbox"/> 医薬品                              | <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験<br><input type="checkbox"/> 医療機器 | <input type="checkbox"/> 特定臨床研究<br><input type="checkbox"/> 再生医療等製品 |
| 治験依頼者名               |  |   |   |
| 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                | <input type="checkbox"/> 治験審査委員会の会議の記録の概要に上記治験課題名を使用可<br>※上記治験課題名と異なる課題名の使用を希望する場合は下欄に記載 |   |   |
|                      |  |   |   |
| 実施診療科                |  | 治験責任医師  |   |
| 近大整理番号               |  |   |   |

※DDworks Exchangeとの連携申請の場合は、必須文書閲覧実施予定者のみを明記  
連携申請ではない場合は、資料交付者・必須文書閲覧実施予定者等を明記

|   |        |  |   |
|---|--------|--|---|
| 1 | 氏名     |  | <input type="checkbox"/> 新規発行<br><input type="checkbox"/> 登録情報変更<br>変更事項： <input type="checkbox"/> 氏名/ <input type="checkbox"/> e-mail/ <input type="checkbox"/> その他：<br><input type="checkbox"/> 削除 (利用終了日： 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 他試験にて登録歴あり<br>整理番号： |
|   | e-mail |  |   |

|   |        |  |  |
|---|--------|--|--|
| 2 | 氏名     |  | <input checked="" type="checkbox"/> 新規発行<br><input type="checkbox"/> 登録情報変更<br>変更事項： <input type="checkbox"/> 氏名/ <input type="checkbox"/> e-mail/ <input type="checkbox"/> その他：<br><input type="checkbox"/> 削除 (利用終了日： 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 他試験にて登録歴あり<br>整理番号： |
|   | e-mail |  |  |

|   |        |  |   |
|---|--------|--|---|
| 3 | 氏名     |  | <input type="checkbox"/> 新規発行<br><input type="checkbox"/> 登録情報変更<br>変更事項： <input type="checkbox"/> 氏名/ <input type="checkbox"/> e-mail/ <input type="checkbox"/> その他：<br><input type="checkbox"/> 削除 (利用終了日： 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 他試験にて登録歴あり<br>整理番号： |
|   | e-mail |  |   |

|   |        |  |   |
|---|--------|--|---|
| 4 | 氏名     |  | <input type="checkbox"/> 新規発行<br><input type="checkbox"/> 登録情報変更<br>変更事項： <input type="checkbox"/> 氏名/ <input type="checkbox"/> e-mail/ <input type="checkbox"/> その他：<br><input type="checkbox"/> 削除 (利用終了日： 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 他試験にて登録歴あり<br>整理番号： |
|   | e-mail |  |   |

|   |        |  |   |
|---|--------|--|---|
| 5 | 氏名     |  | <input type="checkbox"/> 新規発行<br><input type="checkbox"/> 登録情報変更<br>変更事項： <input type="checkbox"/> 氏名/ <input type="checkbox"/> e-mail/ <input type="checkbox"/> その他：<br><input type="checkbox"/> 削除 (利用終了日： 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 他試験にて登録歴あり<br>整理番号： |
|   | e-mail |  |   |

※治験事務局担当者 院内が事務局の場合：嶋野裕人宛<hiroto-shimano@med.kindai.ac.jp>  
株式会社ピープロジェクトが事務局の場合：試験ごとのピープロジェクト社担当者宛