平成　　年　　月　　日

**臨床研究原資料（カルテ）閲覧申込書**

近畿大学病院

臨床研究センター長　殿

 依頼者

　　　　診療科

 責任医師名　 印

下記の臨床研究の原資料の閲覧を申し込み致したくお願いします

記

|  |  |
| --- | --- |
| 試験課題名 |  |
| 試験期間 | 平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 |
| 閲覧日時 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日（　　）　　時～　　　時 |
| 閲覧場所 | 　　　　　　　臨床研究センター　ＳＤＶ室 |
| 閲覧予定被験者数 | 名　　　 |
| 閲覧担当者数 | 名　　　 |
| 使用予定カルテ端末台数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 台 |

* 閲覧実施日の1ヶ月前までに総務企画課および臨床研究センターに連絡の上、本申込書を閲覧実施日の2週前までに提出すること。