|  |  |
| --- | --- |
| 医療情報部  （登録申請） | 人事係  （カード返却） |
| 印 | 印 |

**西暦　　　　年　　月　　日**

**病院情報システム利用者登録申請書（治験依頼者）**

**関西医科大学総合医療センター**

**病院長　殿**

**治験管理センター長**

**加藤　正樹　　　　　印**

**治験依頼者又は開発業務受託機関**

**印**

**ＧＣＰ省令第21条により治験依頼者は、治験実施医療機関においてモニタリングを実施することが義務付けられています。その際、診療録等原資料を直接閲覧する一部はオーダリングシステム内の電子データであるため治験のモニタリング業務において関西医科大学総合医療センター病院情報システムの閲覧権限を付与していただきますようお願いいたします。**

**なお、下記利用者の病院情報システム利用の際には、職員監視のもと治験モニタリング業務のみに使用いたします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請者記入欄**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **治験薬名** | **（　　－　　）** | | | | **利用者会社名** |  | | | | **利用者氏名** |  | **性別** | **□男　　□女** | | **カナ氏名** |  | | | | **生年月日** | **西暦　　　年　　月　　日生** | | | | **治験契約期間** | **西暦　　　年　　月　　日 ～ 西暦　　　年　　月　　日** | | | | **利用者権限** | **参照のみ** | | | | **必要理由** | **治験における直接閲覧のため。** | | | |

**＊利用者権限は原則として参照のみとします。**

**私は関西医科大学総合医療センターにおいて業務中に知り得た内容は他に漏らさぬよう誓約いたします。**

**西暦　　　　年　　月　　日**

**利用者氏名（署名）**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療情報部  （登録申請） | 人事係  （カード返却） |
| 印 | 印 |

**西暦　　　 年　　月　　日**

**病院情報システム利用者登録申請書**

**治験業務支援者（治験コーディネーター）**

**関西医科大学総合医療センター**

**病院長　殿**

**治験管理センター長**

**加藤　正樹　　　印**

**治験施設支援機関**

**印**

**関西医科大学総合医療センターにおいて病院業務を行う下記の者に、関西医科大学総合医療センター病院情報システムの利用者権限を付与していただきますようお願いいたします。**

**病院情報システム利用の際には職員の指導監督の下病院業務のみに使用し、知り得た内容は職員同様に守秘義務責任を負いこれを守らせるよう指導いたします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請者記入欄**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **利用者会社名** |  | | | | **利用者氏名** |  | **性別** | **□男　　□女** | | **カナ氏名** |  | | | | **生年月日** | **西暦　　　年　　　月　　　日生** | | | | **業務期間** | **西暦　　　 年　　月　　日 ～ 西暦　　年　　月　　日** | | | | **利用者権限** | **その他の事務員（治験コーディネーターと同等の権限）** | | | | **必要理由** | **治験コーディネーター業務** | | | |

**利用者権限は原則として参照又は依頼医をたてたものとします。**

**プロファイルアクセス権限：治験管理センター入力欄を更新可にしてください。**

**私は関西医科大学総合医療センターにおいて業務中に知り得た内容は他に漏らさぬよう誓約いたします。**

**西暦　　　年　　月　　日**

**利用者氏名（署名）**