西暦　　　　年　　月　　日

病院情報システム利用申請書

関西医科大学附属病院長　殿

　関西医科大学附属病院で実施の治験に係るモニタリング実施者として、私はＧＣＰについての教育を受け十分な知識を習得し、モニタリング実施者としての適格性を満たしています。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名又は識別番号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  |

モニタリング実施者履歴書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 氏名(英字) |  |
| 氏 名 |  | 性 別 | * 男　　　□　女
 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　 年　　　月　　　日　（　　　歳） |
| 会社名 |  |
| 所　属 |  |
| 連絡先 | E-mail：TEL： |
| 過去に、当院で許可証を作成したことがありますか。　　　　　□　あり　　　□　なし |
|  |
| 利用者カードNo． | － | 開始予定日 | 西暦　　　　年　　月　　日 |

　関西医科大学附属病院を訪問し、治験資料の直接閲覧を行うにあたり、利用の許可を申請します。

なお、病院情報システムの利用にあたっては「関西医科大学附属病院情報システムの一般管理における運用規程」を遵守することを誓います。

　　西暦　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署　名：