**モニタリング・監査　電子カルテ閲覧許可証**

西暦　　　年　　　月　　　日

治験依頼者

団体名：

モニタリング・監査担当者

所属：

職名・氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

滋賀医科大学医学部附属病院長

貴殿からモニタリング・監査実施申請のあった治験(整理番号：　　　　　　　　　)のモニタリングを、以下のとおり許可します。

なお、本学個人情報保護に関する規程、本学と治験依頼者間の契約に則り、個人情報の保護には十分配慮するものとし、印刷・コピーを禁じます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| モニター許可番号 |  |
| モニター実施日 |  |
| モニター利用者ID |  |
| 検索対象患者 |  |

本治験モニター許可証は、モニタリング・監査実施日当日ご持参下さい。

「治験モニター利用者登録証」にて発行致しますパスワードは初回閲覧時、各自でご変更下さい。

以上