SDV様式５

**モニタリング・監査担当者登録証**

平成　　　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

貴殿から申請のあったモニタリング・監査担当者としての電子カルテ利用者登録を下記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。

やむを得ず印刷した場合は情報利用後は速やかにシュレッダーにかけて下さい。

記

|  |  |
| --- | --- |
| モニター利用者ID | SDV |
| パスワード |  |
| 利用開始日 | 年　　月　　日 |
| 利用停止日 | 年　　月　　日 |

パスワードは初回閲覧時、各自でご変更下さい。

以上