西暦　　　　年　　月　　日

リモートSDVシステム利用者届出書 (□新規　□変更　□終了)

実施医療機関の長

高知大学医学部附属病院　病院長　殿

利用管理責任者

（名称）

（所属・職名）

（氏名）

リモートSDVシステムの利用者について、下記のとおり届出を行います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 治験課題名 |  |
| □モニター  □監査担当者 | 名称： |
| 所属： |
| 氏名： |
| Email： |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　　FAX: |
| 名称： |
| 所属： |
| 氏名： |
| Email： |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　　FAX: |
| 変更/終了届出事項 | □ 担当者変更(R-SDV書式6を添付)  □ 担当者追加（計　　　名）(R-SDV書式6を添付)  □ 利用終了  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 添付資料 | □ リモートSDVシステム利用者誓約書（R-SDV書式6）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 | ※利用終了の場合は、「利用者認証用ICカード○枚返却」とご記載ください。 |