

## 治験審査委員会の記録の概要閲覧申請書

(実施医療機関名)

治験審査委員会事務局 御中

閲覧代表者

(名称・所属) \_\_\_\_\_

(氏 名) \_\_\_\_\_

印

治験審査委員会における下記資料について閲覧を希望します。なお、資料については当該治験審査委員会事務局の指示に従い、指定場所より持ち出しを行わないことを遵守します。

## 記

閲覧希望日時	西暦 年 月 日 時 分～ 時 分	
閲覧代表者連絡先	所属・職名：	氏名：
	TEL：	FAX：
	Email：	
随行閲覧者	所属・職名：	氏名：
	所属・職名：	氏名：
	所属・職名：	氏名：
閲覧書類	<input type="checkbox"/> 治験審査委員会標準業務手順書 <input type="checkbox"/> 委員名簿 <input type="checkbox"/> 会議の記録の概要（ 年 月～ 年 月）	
備考		

## 確認欄

治験事務局からの連絡	<input type="checkbox"/> 連絡のとおり直接閲覧を受け入れます。 西暦 年 月 日 時 分 ～ 時 分 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
治験事務局（窓口） 担当者連絡先	所属・職名：	氏名：
	TEL：	FAX：
	Email：	
備考		

注) 本書式は閲覧代表者が作成し、治験審査委員会事務局に提出する。治験事務局等は内容を確認、確認結果を記入し、FAX や Email 等で連絡する。