（様式５）

西暦　　　年　　月　　日

（許可番号　第　　　 号）

治験にかかる診療録の複写について

徳島大学病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　モニター・監査担当者

住所：

名称：

所属：

氏名：　　　　　　　　　　　 　印

　下記のとおり診療録の複写を希望します。なお，被験者のプライバシーと秘密の保全に十分配慮し，保管いたします。

1. 治験課題名：

　 治験依頼者：

２．使用目的及び内容：

３．複写物：□ カルテ

* フィルム （□ Ｘ線　　□ ＣＴ　　□ ＭＲＩ）
* ＣＤ－Ｒ （□ Ｘ線　　□ ＣＴ　　□ ＭＲＩ）
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４．複写物詳細：　　被験者識別番号等　　　　　　　　　　　　　　　枚

　　　　　　　　　　被験者識別番号等　　　　　　　　　　　　　　　枚

　　　　　　　　　　被験者識別番号等　　　　　　　　　　　　　　　枚

　　　　　　　　　　被験者識別番号等　　　　　　　　　　　　　　　枚

　　　　　　　　　　被験者識別番号等　　　　　　　　　　　　　　　枚

　　　　　　　　　　被験者識別番号等　　　　　　　　　　　　　　　枚

５．複写物保管場所：

６．治験責任医師：所属・職名　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印