

【治験依頼者用】

依頼日： 年 月 日

---

## 金鯨メディネット照会閲覧依頼

臨床研究センター治験事務局・担当 CRC

FAX : 052-961-4553

E-mail : 311-cut@mail.hosp.go.jp

---

名古屋医療センター 臨床研究センター 治験事務局・担当 CRC 行

---

記

治験課題名	
被験者番号	

上記被験者の電子カルテデータを照会閲覧したいので、対応をお願いします。

新規 継続 (左記いずれかにチェックを入れてください。※1)

利用者変更 ※2

---

依頼者(会社)名

---

利用者名 ※2

---

TEL ( ) —

---

FAX ( ) —

---

E-mail :

---

※1 申請に対して閲覧期間(180日)を経過すると、カルテ閲覧が不可能になります。継続して、閲覧が必要な場合は継続にチェックいただき、再度申請をお願いいたします。

※2 照会希望をされる依頼担当者の氏名をご記入頂きますよう、お願い申し上げます。利用者変更の場合は、利用者名変更チェックいただき、上記利用者名等の変更箇所にご記入ください。

以下 担当 CRC 記載欄

---

治験課題名	
被験者番号	
ID 番号	

公開設定日 : 年 月 日

公開終了日 (公開設定から 180 日) : 年 月 日

---

名古屋医療センターHP 医療連携部 各種申請書・様式のダウンロードから  
様式 15-3 照会閲覧依頼書(臨) をダウンロードしてください。