**臨床研究セミナー受講履歴閲覧者権限申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.申請年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 2.申請事項 | □登録　　　　□削除 |
| 3.申請者情報 | 所属： |
| 名前： |
| メールアドレス： |
| 4.登録者情報  **倫理審査申請システムに登録がないとこちらの権限を使用することはできません**  **\*閲覧範囲の記入例**  **・自身が所属する〇〇診療科のみを閲覧**  **・研究責任者として研究分担者を閲覧** | 所属： |
| 名前： |
| 倫理審査申請システム登録のメールアドレス： |
| \*閲覧範囲： |
| 所属： |
| 名前： |
| 倫理審査申請システム登録のメールアドレス： |
| \*閲覧範囲： |
| 所属： |
| 名前： |
| 倫理審査申請システム登録のメールアドレス： |
| \*閲覧範囲： |
| 5.削除者情報 | 所属： |
| 名前： |
| 倫理審査申請システム登録のメールアドレス： |

【注意事項】

・閲覧する受講状況については、業務上必要な範囲のみとし、受講管理以外の使用は不可とします

・本申請を行っても、業務上必要ないと判断される場合は、権限を付与できない場合があります

・業務内容の変更、異動、退職等により、本権限が不要となった際は、速やかに削除申請をご提出ください