西暦　年　月　日

（会社名）

管理責任者　殿

●●病院長

リモートデスクトップシステム利用許可書

下記治験について、リモートデスクトップシステムの利用を許可します。

記

# 対象治験

|  |  |
| --- | --- |
| 治験課題名 |  |
| 治験実施計画書番号 |  |
| 治験依頼者名 |  |
| 治験の期間 | 西暦　年　月　日　～　西暦　年　月　日 |

# 閲覧場所（許可するリモートSDV実施室）※

|  |  |
| --- | --- |
| 設置場所 |  |

※EP綜合設置・管理以外のもの

以上