西暦　年　月　日

●●病院　担当者殿

（会社名）

（部署名）

（申請者）

リモートデスクトップシステム接続（新規・変更）申請書

リモートデスクトップシステム利用に関して、下記の通り申請します。

記

# リモートSDV実施者

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先（℡） |  |
| パスワード通知先のe-mailアドレス |  |
| リモートSDV実施者IDの取得状況 | [ ] 未取得　[ ] 取得済 ※取得済の場合は、以下記載してくださいリモートSDV実施者ID：　　　　　　　　　　　　 |
| 専用アプリの要否* 院長がEP綜合設置・管理以外のリモートSDV実施室での閲覧を許可した場合のみ記載
 | [ ] 要　　　[ ] 不要 |
| 個人情報保護、情報セキュリティに関する研修の受講 | [ ] あり　　[ ] なし |

# 担当治験

|  |  |
| --- | --- |
| 治験課題名 |  |
| 治験実施計画書番号 |  |

# 申請目的

|  |
| --- |
| [ ] 　モニタリング[ ] 　監査／実地[ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

以上