西暦　年　月　日

（会社名）

リモートSDV実施者　殿

株式会社EP綜合

リモートSDVシステム管理担当者

リモートデスクトップシステム接続通知書

リモートデスクトップシステム利用に関し、下記の通り接続に必要な情報を通知します。

記

リモートSDV実施者氏名：

リモートSDV実施者ID ：

□新規

|  |  |
| --- | --- |
| パスワード通知に使用するe-mailアドレス |  |
| ユーザーID |  |
| サブライセンスID |  |

※医療機関の担当者へ本書の写しを提出する際は、太枠内をマスキングする

[ ] 　追加

既に発行されているユーザーID等で、申請がありました治験へのアクセスが可能となりました。

以上