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終了申請書

下記のリモートSDV実施者について、リモートデスクトップシステムの接続終了を申請します。

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 |  |

# 担当治験

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

以上