申請日：　　　年　　月　　日

**Agathaを用いて治験等の手続きを電磁的に行う者の学習の記録及び**

**Agathaシステム 利用申請書（□新規　□変更　□削除）**

公立大学法人横浜市立大学附属病院（又は附属市民総合医療センター）

治験事務局長　殿

私は、「Agathaを利用した電磁的記録の作成、授受及び保管の運用手順／システム化業務フロー」を熟読し、十分に理解しました。つきましては、Agathaを用いて治験等の手続きを電磁的に行う者として、当該手順書等に従い業務を適切に実施します。

また、Agathaシステムを利用するにあたり、次のとおり申請します。なお、ご承諾の上は、ユーザー名、パスワード及び本システムで知り得た情報を守秘し、適切に利用することを誓約します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 姓： |  | | 名： | |  |
| メールアドレス |  | | | | | |
| 法人名(会社名) |  | | | | | |
| 部署(所属) |  | | | | | |
| 利用権限 | □ 責任医師  □ 治験協力者（CRC）  □ 治験依頼者モニタリング担当者（盲検）  □ 治験依頼者モニタリング担当者（非盲検）  □ 治験依頼者監査担当者  □ 実地調査担当者  □ 治験事務局（Basic Administrators／Writers） | | | | | |
| 利用試験※ | 整理番号 | |  | | | |
| 試験通称名  又はPRT番号 | |  | | | |
| 利用期間※※ | 開始日 | | yyyy/mm/dd | 終了日 | yyyy/mm/dd | |
| 備考 | 変更・削除理由など： | | | | | |

------------------------------------------------------------------------------------------

承諾日：　　　年　　月　　日

* 上記について確認し、利用申請を承諾します。
* 上記について確認し、既存のユーザー情報の利用を承諾します。

承諾者：治験事務局長

別紙

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用試験① | 整理番号 |  |
| 試験通称名  又はPRT番号 |  |
| 利用試験② | 整理番号 |  |
| 試験通称名  又はPRT番号 |  |
| 利用試験③ | 整理番号 |  |
| 試験通称名  又はPRT番号 |  |
| 利用試験④ | 整理番号 |  |
| 試験通称名  又はPRT番号 |  |
| 利用試験⑤ | 整理番号 |  |
| 試験通称名  又はPRT番号 |  |
| 利用試験⑥ | 整理番号 |  |
| 試験通称名  又はPRT番号 |  |
| 利用試験⑦ | 整理番号 |  |
| 試験通称名  又はPRT番号 |  |
| 利用試験⑧ | 整理番号 |  |
| 試験通称名  又はPRT番号 |  |
| 利用試験⑨ | 整理番号 |  |
| 試験通称名  又はPRT番号 |  |
| 利用試験⑩ | 整理番号 |  |
| 試験通称名  又はPRT番号 |  |
| 利用試験⑪ | 整理番号 |  |
| 試験通称名  又はPRT番号 |  |
| 利用試験⑫ | 整理番号 |  |
| 試験通称名  又はPRT番号 |  |