西暦　　年　　月　　日

プロトコールに記載の
モニタリング・監査責任者

川崎医科大学総合医療センター
病院長　猶本　良夫　殿

代表モニター・監査者氏名　　㊞
担当モニター・監査者氏名　　㊞

電子カルテ ID 発行申請者

治験のモニタリング及び監査に係る電子カルテ閲覧申請書

治験の（　□モニタリング　・　□監査　）に係るカルテの閲覧を申請いたします。
なお、治験契約及び治験契約に付随する覚書を遵守することを誓

顔写真付き身分証明書とは運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等の公的身分証明証、社員証等が該当します。ない場合には顔写真を貼付してください。初回来院時にご本人確認のために使用します。

治験課題名		
治験契約期間	西暦　　年　　月　　日　～　西暦　　年	
治験依頼者名		（写真貼付欄） ※顔写真付身分証がある場合は不要
（フリガナ） 氏　　名		
生年月日	西暦　　年　　月　　日	
会社名 連絡先	会社名： ＴＥＬ：　　ＦＡＸ： E-mail：	
履　　歴　（最終学歴、資格、勤務歴）		
西暦　　年　　月		
西暦　　年　　月		
西暦　　年　　月		
西暦　　年　　月		
西暦　　年　　月		

【望ましい条件】
・医師、看護師、薬剤師等医療系の資格を取得している方
・理科系大学を卒業しており、上記医療系資格同等の医学・薬学的知識を有する方
・医療系業種の勤務歴があり、上記同等の知識を有する方

＊過去３年間の治験に関する実績

・治験に関する実務経験が１年以上ある方が望ましい
・１年以上のご経験がある方とのご同行による電子カルテ閲覧は可能

＊教育・訓練歴

過去１年間の社内研修・外部研修（主な研修内容、研修時間）、個人情報保護に関する教育歴（研修受講の場合は受講日）、CRA 認定試験合格歴等を記載
※個人情報保護に関する教育歴がない場合には電子カルテ ID は発行できません