電子カルテ閲覧に係る誓約書

福岡赤十字病院

臨床研究センター長　殿

私は、福岡赤十字病院において、電子カルテによる直接閲覧の実施に

当たり、「電子カルテ閲覧に係る遵守事項と利用者ID登録申請について

（3版）」により説明を受けました。

所定の要領を遵守して実施することを誓約します。

会社名・所属：

署名：

　(西暦)　　　　　　年　　　月　　　日

なお、福岡赤十字病院電子カルテシステムの利用について、別紙の通り申請いたします。

以上

電子カルテ利用者ID登録申請書　【患者限定登録】

（□新規　　□変更　　□利用停止）

福岡赤十字病院　臨床研究センター長　殿

申請日（西暦）　　　　年　　　月　　　日

会社名・所属：

署名：

以下の利用者が治験業務上、電子カルテを利用する必要があるため、利用者IDの設定をお願いします。なお、使用期間が終了した場合は速やかに届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請目的 | □モニタリング　　□監査　　□実地調査 |
| 治験課題名 | （治験実施計画書番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 治験依頼者 |  |
| 利用者所属 |  |
| 連絡先 | Tel：　　　　　　　　　　　　　　　e-mail： |
| (フリガナ) |  |
| 利用者名 |  |
| 利用権限 | 　■患者限定登録（閲覧のみ） |
| 利用開始日 | （西暦）　　　　年　　月　　日 | □利用停止予定日□利用停止日 | （西暦）　　　　年　　月　　日 |
| 利用期間 | 原則：契約日から治験終了報告提出までとし、治験契約期間を超えない。ただし、監査、実地調査の場合はこの限りではない。 |
| 添付資料 | 利用者が当該試験担当者であることを証明できる資料 |

※利用停止予定日を過ぎますと、閲覧できなくなりますので、事前に再手続をお願いいたします。

臨床研究センター記入欄

|  |
| --- |
| □電子カルテ閲覧に係る誓約書確認 |

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿