

(別紙1)

西暦201 年 月 日

## リモートSDV実施連絡票

医療法人徳洲会  
岸和田徳洲会病院

治験事務局 御中

直接閲覧申込者

下記の治験のリモートSDVを実施したく以下のとおり連絡いたします。

### 記

治験依頼者	
治験課題名	
実施希望場所	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 大阪
実施希望日時	西暦201 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
閲覧者名・連絡先	会社名： 閲覧者氏名： ----- Email：
	会社名： 閲覧者氏名： ----- Email：
	会社名： 閲覧者氏名： ----- Email：
	会社名： 閲覧者氏名： ----- Email：
閲覧対象施設	
備考	

西暦201 年 月 日

### 確認欄

治験事務局からの連絡	<input type="checkbox"/> 連絡のとおりリモートSDVを受け入れます。
	<input type="checkbox"/> 閲覧者は施設担当モニターであることを確認しました。
	<input type="checkbox"/> その他 ( )
治験事務局 (窓口) 担当者連絡先	施設名：岸和田徳洲会病院 臨床試験センター
	氏名：

注)本書式は治験依頼者等の直接閲覧申込者(担当者)が作成し、治験事務局等にFAXやEmail等で提出する。治験事務局等は内容を確認、確認結果を記入し、申込者と株式会社未来医療研究センターへFAXやEmail等で連絡する。