西暦20　　年　　月　　日

久留米大学医学部附属病院　担当者殿

（会社名）

（部署名）

　（リモートSDV実施者）

リモートデスクトップシステム接続申請書

（□ 新規 / □ 変更 / □ 終了 ）

リモートデスクトップシステム利用に関して、下記の通り申請します。

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の取得状況 | □未取得　□取得済 ※取得済の場合は、以下記載してくださいリモートSDV実施者ID：　　　　　　　　　　　　 |
| 個人情報保護、情報セキュリティに関する研修の受講 | □あり　　□なし |

# 対象治験

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号（治験番号）\_治験課題名 |  |
| 治験実施計画書番号 |  |

# 申請目的

|  |
| --- |
| * モニタリング
* 監査／実地
* 利用終了
* 変更　※変更箇所がわかるよう申請書に記載してください。
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |

以上