西暦　　　年　　月　　日

電子カルテのリモートSDV（R-SDV）システム利用に関する変更申請書

浜松医科大学医学部附属病院　病院長　殿

治験依頼者等

（名称・所属）

（氏名）

下記の治験において、以下のとおり変更したく、申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の科学名又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  |
| 変更事項等 | □R-SDV管理責任者名□管理責任者連絡先□閲覧場所□機器貸与（交換を含む）□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 変更内容 | 変更前 | 変更後 | 変更理由 |
|  |  |  |
| 備考 |  |

西暦　　　年　　月　　日

治験依頼者等　（名称）　　　　　　　　　　　　殿

電子カルテのリモートSDVシステムの利用について、変更を了承します。

実施医療機関の長

浜松医科大学医学部附属病院　病院長

【確認欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 機器管理番号 |  |
| IDカード発送予定日 |  |
| 機器発送予定日 |  |
| 機器返却予定日 |  |