(様式モ-1)

電子カルテＩＤ・パスワード申請書

新潟県立リウマチセンター

薬剤部長　殿

治験依頼者名：

　治験薬成分記号又は治験薬コード：

下記のとおり、電子カルテに関するＩＤ・パスワードの交付を申請いたします。

西暦　　　　　年　　月　　日

（申請者記入欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  申請者 |  | 所属 |  |
| 申請理由  □治験のモニタリング・監査に必要とするため  □その他 | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| (様式モ-2)  誓約書  新潟県立リウマチセンター  院長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　治験依頼者名：  　　　　　　　　　　　　　　　治験薬成分記号又は治験薬コード：  　　　　　　　　　　　　　　　使用者所属：  　　　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印          下記のＩＤ・パスワードを使用するにあたり、知り得た個人情報・法人機密情報が第三者に漏洩することがないように、これらの情報の保護義務を遵守することを誓約いたします。  西暦　　　年　　月　　日  （新潟県立リウマチセンター記入欄） | |
|  | |
| 利用者ＩＤ | パスワード |

注意事項

　１．ＩＤ・パスワードの有効期限は、契約終了までとする。

　２．ＩＤ・パスワードは、モニタリング担当者以外が使用することはできない。

　３．本申請書にてお預かりした個人情報については、当院の個人情報保護取扱要領に

基づき安全かつ適正に管理させていただきます。