**EMR 열람 및 모니터링실 신청서**

**\* 접수처 기재**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IRB No.** | **접수일** | **접수자** |
|  |  | (서명) |
| **ID / PW** | **ID :**  | **PW :**  |

**\* 신청자 기재**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 시험책임자 | 소속 |  | 직위 |  | 성명 |  |
| IRB No |  |
| 연구명 |  |
| 이용자 정보  | 소속 |  | 담당자 |  |
| 이용일 | ***YYYY/MM/DD~YYYY/MM/DD*** | 연락처 |  |
| 이용시간 | *AM~PM* | 이용인원 |  명 |
| 방문 목적 | [ ]  Monitoring [ ]  Audit [ ]  Inspection [ ]  Other ( ) |
| EMR 열람 여부 | [ ]  Yes [ ]  No |
| 모니터링실 이용 여부 | [ ]  Yes [ ]  No |
| 대상자 | 순번 | 등록번호 | 대상자명 | 비고 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 비고 |  |
| 소속  |  | 신청자 | (서명) |
| 신청일자***(YYYY/MM/DD)*** |  | E-mail |  |
| 연락처 |  |
| **[모니터링실 이용안내]**\* 모니터링실 이용 가능일은 사전에 전화 문의(02-513-8147/모니터링실 담당자) 바랍니다.\* 모니터링실 이용 예약의 변경/취소는 2일전까지 알려 주십시오.\* ID 및 PW는 모니터링 당일 발급을 원칙으로 합니다. |