**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. | | | | | | | |