【unblind SDV】※黄色ハイライト部分は消してください。

1.予約者情報

所属（会社名）：

2.同行者情報

所属（会社名）：

氏名：

3.unblind SDVの対象試験

整理番号：

（企業治験は数字５桁、医師主導治験は「R●-●」「H●-●」のもの。症例番号は不要。）

4.治験薬関連資料・治験薬の確認

ありorなし

(複数治験の閲覧を実施する場合には、以下ご記載ください。)

・整理番号　　　　　：資料

・整理番号　　　　　：資料＋治験薬

・整理番号　　　　　：資料＋治験薬+治験薬回収（送付用の箱：要or不要）

5.その他

確認する資料については記載不要です。（[閲覧方法一覧](https://helios.huhp.hokudai.ac.jp/crmic/wp/wp-content/uploads/2023/10/94c93cc18763a6c24c63eb0600b3108f.pdf)はこちら）

再生医療製品の管理表の場合は例1）に従いご記載ください。

例1）再生医療等製品等の治験薬等管理関連ファイルの閲覧希望

例2）医局にある責任医師ファイルの確認実施

　　　・医局秘書が、●/●に搬入予定

　　　・責任医師ファイル確認後、センターに移管予定

例3）●時よりセンターにて●●先生と面会予定（医局で面会は記載不要）