※黄色ハイライト部分は消してください。

**【実施者】**

1.予約者情報

所属（会社名）：

2.同行者情報

所属（会社名）：

氏名：

**【症例SDV】**　症例SDVの有無：あり　なし

＊ありの場合、該当試験の整理番号を記載してください。

・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。）

**【必須文書閲覧】**必須文書閲覧の有無：あり　なし

＊ありの場合、該当試験の整理番号と前回必須文書閲覧日を記載してください。

・整理番号：　　　　　（前回必須文書閲覧日：●●/●●/●●）

（企業治験は数字５桁、医師主導治験は「R●-●」「H●-●」のもの）

・確認資料(確認する資料にチェックしてください。)

　病院長ファイル

　IRB保管資料（　IRB議事録、　書式4（審査依頼書））

　その他　＊その他の資料名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）

**【治験薬関連資料・治験薬】**治験薬関連資料・治験薬の確認の有無：あり　なし

・整理番号　　　　　：資料

・整理番号　　　　　：資料＋治験薬（回収なし）

・整理番号　　　　　：資料＋治験薬回収（送付用の箱：要　不要）

・整理番号　　　　　：資料＋治験薬全回収（送付用の箱：要　不要）

**【その他】**

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）

例3）最終の必須文書閲覧予定。センターに移管予定。