**小児治験ネットワーク情報共有管理システム利用申請書**

小児治験ネットワーク治験事務局長 殿

私は、小児治験ネットワークにおける小児治験ネットワーク情報共有管理システムを利用するにあたり、次のとおり申請します。なお、ご承諾の上は、ID、パスワード及び本システムで知り得た情報を守秘し、適切に利用することを誓約します。

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな） |  |
| 利用者氏名 |  |
| 所属 |  |
| 利用権限 | □ 実施医療機関  □ 小児治験ネットワーク治験事務局  □ 治験依頼者モニタリング担当者  □ 治験依頼者監査担当者  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用期間※ | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 利用試験 | □ 当該実施医療機関で行われる小児治験ネットワークを介した全ての試験  □ 小児治験ネットワークを介した全ての試験（小児治験ネットワーク事務局）  □ 整理番号： |
| 備考 |  |

------------------------------------------------------------------------------------------

年　　月　　日

□ 上記の利用申請について承諾し、次のとおりIDと初期パスワードを付与します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ID |  | 初期パスワード |  |

□ 上記の利用申請について、既存のIDとパスワードの利用を承諾します。

承諾者

小児治験ネットワーク治験事務局長

※利用期間について

（1）利用期間は利用権限が治験依頼者監査担当者、その他の場合のみ記載する。

（2）（1）以外の利用期間は利用承諾日から以下の期限と定める。

・実施医療機関；異動日、退職日又は治験業務から外れる日のいずれか早い日

・小児治験ネットワーク治験事務局；異動日、退職日又は治験業務から外れる日のいずれか早い日

・治験依頼者モニタリング担当者；治験契約終了から3カ月経過日又は利用破棄の申請を受けた日のいずれか早い日