

セキュリティカード使用申請書

押印前に記載内容を確認しますので事務局宛にレビューを依頼してください。

押印済み原本を事務局宛に郵送してください。

メイン担当者交代の際には再提出してください。

他試験で既に申請済みの方は、集約しますので担当試験名（略称）を全て記載し、終了の遅い試験の期間を記入して再申請してください。

【申請枚数】1人1枚貸与、1日に貸与する最大枚数を記載（2名でSDV実施予定がある場合は2枚と記載）

※記載枚数以上の貸与はできません。一時的に追加/変更が必要な場合はご連絡ください。

【期間】 申請日から1年間。

※自動更新ではありませんので再申請してください。

【時間】施設(保安室)の入館時間～退館時間を記載

※SDV 室の使用時間は原則 AM 8:30～PM 5:00 迄です。

【人数】途中で追加/変更がある場合はご連絡ください。

【責任者】SDV 実施者のうち代表者の 1 名の氏名を記載

【連絡先】緊急時に連絡のつく番号
(携帯)を記載

【申請目的】 治験名（略称、通称）を記載

※CRC 業務、モニタリング業務以外の用途には発行できません。

提出日：西曆 年 月 日

申請者

会社名

担当者名

電話番号 () - /

セキュリティカード使用申請書

申請目的 (具体的)	【治験】 モニタリング業務のため				申請枚数		
期 間	西暦 2023 年 月 日 ~ 西暦 2024 年 月 日間						
時 間	AM 8 : 00 ~				PM 5 : 30	の間	
行 先 (棟・階数・部署)	臨床研究センター						
入 館 者	会社名				人数		
	責任者				連絡先	-	-
氏名	連絡先			氏名	連絡先		
<p>申請時点で SDV 実施が確定している方が複数名いる場合は申請者も含め記載</p> <p>※記載のない方には貸与はできません。現時点で未確定の方は確定後、追記しますのでご連絡ください。</p>							
特記事項							

※ご記入頂きました個人情報、小倉記念病院における施設管理以外の目的には使用いたしません。

注意事項

- ① 小倉記念病院担当部署における責任者の承認が必要です。
- ② 作業場所及び指定場所以外への立ち入りは禁止いたします。
- ③ 作業開始及び終了時は、必ず保安室へ報告してください。
- ④ 病院駐車場は患者様用となりますので、他所駐車場をご利用ください。
- ⑤ 病院敷地内は全て禁煙です。

担当部署

承認者	部署名 臨床研究センター	承認印	内線番号 2340
	担当者名 岸川 春樹		PHS番号 6238

保安確認欄		
責任者	隊長	受付