西暦　　　　年　　月　　日

愛知県がんセンターリモートSDV管理事務局　御中

利用管理責任者

（所属）

（氏名）

リモートSDV実施連絡票

リモートSDVを実施するため、下記のとおり申請いたします。

記

１　利用者情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 利用者ID | 受託番号※1 | 同意不可の被験者識別番号※2 | 備考※3 |
| (例)愛知　太郎 | 1111 | ①S2110②S2120 | ①3333333②4444444 | 〇 |
| (例)千種　花子 | 2222 | S2130 | 5555555 |  |
|  |  |  |  |  |

※1 担当試験の全ての受託番号を記載すること

※2 リモートSDVの同意が得られていない被験者識別番号を記載すること

※3 利用者が複数名いる場合には、代表者の備考欄に「〇」を記載すること

２　実施希望期間及び連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 実施希望期間※ | 西暦　　　　　年　　　月　　　日　～　　　月　　　日（1試験当たり3営業日まで、4試験以上でも最大10営業日まで） |
| 貸与機器郵送先 | 郵便番号：郵 送 先： |
| 緊急連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　所属：電話：　　　　　　　　　　メール： |
| 備考 |  |

※午前6時から午前6時30分まではシステム更新のため使用不可

|  |
| --- |
|  |

西暦　　　　　　年　　　月　　　日

利用機関

（名　称）

（代表者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

愛知県がんセンターリモートSDVシステム管理事務局

上記のリモートSDV利用申請について、下記のとおり決定いたしました。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡事項 | □連絡のとおり、リモートSDV利用申請を受け入れます。 |
| 実施期間：　　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 貸与機器返却日：　　　　　　年　　月　　日（当院必着） |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |