**열람 문서 반환 체크 리스트**

|  |  |
| --- | --- |
| IRB NO |  |
| 임상시험명 |  |
|  시험책임자 | 성명 | 소속 | 직위 | 연락처 | 이메일 |
|  |  |  |  |  |
| 열람신청자 | 성명 | 소속 | 직위 | 연락처 | 이메일 |
|  |  |  |  |  |
| 열람신청사유 |  | 열람 혹은 대여기간 | ~ |
| 문서 종류 | 페이지 ( ~ ) 혹은 증례번호 | 택 일 ( 열람 / 대여 ) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|   |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 위와 같은 내용과 사유로 임상시험의 해당 열람 문서의 반환을 신고합니다

20 년 월 일

열람 신청자 성명 : ( 인 )

위와 같은 내용과 사유로 임상시험의 해당 열람 문서의 반환을 확인하였습니다.

20 년 월 일

문서보관 책임자 : ( 인 )