**열람 문서의 분실 혹은 훼손 사유서**

|  |  |
| --- | --- |
| IRB NO |  |
| 임상시험명 |  |
| 시험책임자 | 성명 | 소속 | 직위 | 연락처 | 이메일 |
|  |  |  |  |  |
| 분실훼손당사자 | 성명 | 소속 | 직위 | 연락처 | 이메일 |
|  |  |  |  |  |
| 분실훼손사유 |  | 열람 혹은 대여기간 | ~ |
| 문서 종류 | 페이지 ( ~ ) 혹은 증례번호 | 택 일 ( 분실 / 훼손 ) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|   |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 위와 같은 내용과 사유로 임상시험 열람 문서의 분실 혹은 훼손을 신고합니다.

20 년 월 일

분실 혹은 훼손 당사자 성명 : ( 인 )

위와 같은 내용과 사유로 임상시험 열람 문서의 분실 혹은 훼손을 인정합니다

20 년 월 일

문서보관 책임자 : ( 인 )