|  |  |
| --- | --- |
| IRB 승인번호  |  |
| 연구과제명 |  |
| 시험책임자 | 성 명 | 진료과/부서 | 연락처 |
|  |  |  |
| 신청자 | (성명) (서명)  | 연락처 | (☎) | (E-mail)  |
| 총 연구기간 |  |
| 이 용 일 자 | 20 년 월 일 부터 ~ 20 년 월 일 까지 |
| 이 용 시 간 | [ ]  오전( 시부터 시까지) [ ]  오후( 시부터 시까지) |
| 예 약 내 용 | 방문목적 | [ ] 모니터링 [ ] 점검 [ ] 실태조사 [ ] 대상자 관리 [ ] 기타( ) |
| 방문인원 | 명 |
| 이 용 자명 단 | 성 명 | 소 속 | 직 위 | 연 락 처 | EMR ID발급여부 |
|  |  |  |  | [ ]  |
|  |  |  |  | [ ]  |
|  |  |  |  | [ ]  |
|  |  |  |  | [ ]  |
|  |  |  |  | [ ]  |
| * **EMR viewer ID를 사전에 발급받지 않으신 분은 EMR열람이 불가능합니다.**
 |
| 추가요청사항 |  |

센터 시설 이용신청서

위와 같이 임상시험센터를 이용하고자 신청합니다.

 **[임상시험센터 담당자 기입란]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 접 수 일 |  | 접 수 자 |  |

**별첨2]**

|  |
| --- |
| **개인정보 수집 및 이용 동의서** |

|  |
| --- |
| **[ 개인정보의 이용 및 수집 목적 ]**개인정보를 다음의 목적을 위해 처리합니다. 처리한 개인정보는 연구과제 진행관리 및 연구 참여자 정보확인을 주요 목적으로 이용되고, 다음의 목적 이외의 용도로는 사용하지 않으며 이용 목적이 변경될 시에는 사전 동의를 받습니다.* EMR 및 OCS 접근 권한 부여(임상시험 과제관리 프로그램에 사용자 정보등록 및 관리)
* CRC 지원 신청서 및 협약서 권한 부여

- 임상 연구 관련 서류 및 의무기록 열람, SOP 열람, 문서 열람 관련 사용 권한 부여* 검체 보관 및 장비 사용 권한 부여
* 임상 연구 병동 이용 신청서 및 지원 협약서 권한 부여
* 센터 시설 (대회의실 / 소회의실) 이용 및 시설 투어 권한 부여
* 공지 및 전달사항 처리시 개인 연락처 및 이메일로 내용 전달

**[ 개인정보의 수집 항목 ]*** 시험 책임자 및 시험 담당자 : 성명, 진료과/부서, 소속, 직위, 연락처, 이메일
* 신청자 및 이용자 : 성명, 회사명(소속), 직위/역할, 연락처, 이메일
* 의뢰기관 : Sponsor, CRO

<개인정보 수집방법 : 사용자 등록 및 관련 신청서를 담당자에게 제출>**[ 개인정보의 보유 및 이용기간 ]*** 2년 (SOP 지침에 따름)
 |

**개인정보 수집 및 이용 안내에 동의합니다. □**

※ 귀하는 위 항목에 대하여 동의를 거부할 수 있습니다. 동의 후에도 철회가 가능하며 수집하는 개인 정보는 원활한 서비스를 위해 필요한 최소한의 정보로서 동의를 거부하실 경우에는 제공되는 서비스 이용에 제한될 수 있음을 알려드립니다.

「개인정보보호법」등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의함.

서 명 일 : 20 년 월 일

성 명 : (서 명)

※ 본 동의서는 자필 서명 후 직접 또는 스캔하여 메일로 보내주시거나 팩스로 발송하여 주시기 바랍니다.

 **가천대 길병원 임상시험센터장**

**센터시설 이용 서약서**

 본인은 임상시험센터시설을 이용함에 있어 아래의 사항을 준수할 것을 서약

 합니다.

1. 기자재를 사용하기 전에 조작 방법 및 주의사항을 완전히 파악한 후 사용

한다.

1. 시험이 끝나면 사용한 기자재는 원상태로 정리정돈 한다.
2. 센터에 있는 기자재는 센터 이외의 다른 장소로 옮기지 못한다.
3. 기자재 사용 중 고장이나 파손 시는 센터 담당자에게 즉시 신고한다.
4. 기자재 사용에 따라 소정의 비용이 부과될 수 있으며, 이에 응한다.
5. 근무시간 이외 기자재를 이용해야 하는 경우에는 사전에 기자재 담당자

에게 알리고, 마지막으로 사용한 사람이 점검을 한다.

1. 기타사항에 대해서는 임상시험센터 내 담당자에게 문의하여 처리한다.

서약일 : 년 월 일

사용자 : (서명)