（別記様式２）

誓　約　書

公立大学法人福島県立医科大学附属病院長

　下記臨床研究におけるモニタリング（又は監査）においては，個人情報保護の原則に基づき実施いたします。電子カルテシステムの直接閲覧に係るＩＤについては，以下の事項を遵守して行います。

　１．発行されたＩＤ・パスワードを利用して行うこと

　２．第三者に利用させないこと

　３．当該臨床研究の対象患者以外の情報へアクセスしないこと

　４．モニタリング（又は監査）の目的以外に閲覧により参照した情報を利用しないこと

　５．患者のプライバシーを侵害しないこと

　６．閲覧のみとし，紙媒体へ出力，外部媒体に記録したりしないこと

記

　■モニタリング又は監査実施許可番号：

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床研究申請番号 |  |
| 臨床研究課題名 |  |

以上

万一、誓約事項や法令等に違反した場合は、いかなる処分を受けても異議ありません。

この誓約書を証する為、署名いたします。

　　　　年　　月　　日

　モニタリング又は監査実施者

　　所属

　　　　　（フリガナ）

氏名　（自署）