西暦　　　年　　　月　　　日

長崎大学病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研究責任医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

下記の研究について、外部のモニタリング／監査（※適宜選択）担当者がモニタリング／監査を行うため、個人情報保護に関する誓約書を提出致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| ｊRCT番号 |  |
| 実施日または期間 |  |
| 担当者氏名  (長崎大学病院においてモニタリング・監査の対応を行う者) |  |
| 担当者連絡先  （内線またはPHS） |  |