|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **모니터링실 예약 신청서** | | | | |
| **신청인** | 소 속 : |  | 성 명 : |  |
| EMR ID : |  | 연락처 : |  |
| **예약일시** | 년 월 일 ~ 년 월 일 | | | |
| **IRB File No** |  | | | |
| **연구제목** |  | | | |
| **연구책임자** | 소 속 : |  | **연구담당자** | 소 속 : |
| 성 명 : |  | 성 명 : |
| **동반인(1)** | 소속 : |  | 성 명 : |  |
| EMR ID : |  | 연락처 : |  |
| **동반사유** |  |  | | |
| 본인은 울산대학교병원에서 해당연구과제에 대한 소정의 업무를  수행하기 위하여 모니터링실 예약을 신청합니다.  **▣ 신청일자: 년 월 일**  **▣ 신청인: (인)**  \*Audit의 경우 공문 부탁드립니다.(문의전화 052-230-1435)  (과제번호, 과제명, 연구책임자, 연구담당자, 방문자정보, 지원기관 및 CRO, 업무내용 必) | | | | |