|  |
| --- |
| **연구목적 의무기록 접근권한 신청서****임상연구와 관련하여 해운대백병원 EMR 시스템 접근권한을 해당 연구책임자의 확인을 거쳐 아래와 같이 신청합니다. 또한 환자 개인정보를 외부로 유출하거나 연구 목적 외에 다른 용도로 사용하지 않을 것이며, EMR을 사용함으로써 발생하는 모든 문제에 대하여 해당 연구책임자 및 본인, 소속기관이 공동 책임질 것임을 서약합니다.****▶ 해당 임상연구가 종료되거나 권한을 부여 받은 담당자가 퇴사 및 부서이동, 과제변경, 연락두절 등의 사유로 권한을 유지할 수 없을 것으로 판단되는 경우 본 기관 연구책임자 또는 임상시험센터의 책임하에 언제든지 권한을 중지 및 삭제할 수 있습니다.** **20 년 월 일** |
|  **과 제****승 인 번 호** |  |
| **연 구 과 제 명** |  |
| **업 무 구 분** |  □ 모니터링 □ 점 검 □ 실태조사 □ 기 타 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **인 적 사 항** | 신 청 구 분 |  □ 신 규 □ 갱 신 (사유 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
| 소 속 기 관 |  | 부 서 |  |
| 성 명 | **(서명)** | 생년월일 |  |
| 휴 대 폰 |  | 이 메 일 |  |
| **모니터 ID** |  | **적 용 일 자** | 20 . . . |
|  **▶ EMR에 접근하는 모든 내역은 접근이력으로 남아 지속적으로 관리되고 있습니다.** **▶ 모니터 ID의 사용은 연구기간 중 EMR 접근을 위한 대출신청 및 열람을 위함입니다.** **▶ 연구목적 의무기록 접근권한 신청서 작성 후 ‘정보보호 및 보안 서약서’ 및 ‘신분증 사본’**  **을 의무기록실로 제출하여야 합니다.** |
| **연 구 진 행** **진 료 과****확 인 란** | **연 구 진 료 과** | **연 구 책 임 자** |
|  | (서명) |
|  |