

MEBICA 사용자 등록요청서

해당 Study 의 사용자로 MEBICA 접속 계정의 신규생성 및 유지를 원하시는 분은 아래의 내용을 읽고, 빈칸을 채워주시기 바랍니다.

1. MEBICA System 을 사용하기 위해서는 사전에 교육을 받으셔야 합니다.
2. Password 및 e-Signature 는 System 접속 ,Data 등록, 수정, 삭제 시 사용되는 중요한 정보이므로, 타인에게 제공하지 않아야 합니다.
3. MEBICA System 사용 중 알게 되는 연구 및 피험자 등 각종 정보를 관련 없는 제 3자에게 임의로 제공하지 않아야 합니다.
4. 모든 항목의 내용은 가능한 **정자(正字)로 깨끗이 써주시길 바라며 오자나 탈자가 없도록 주의** 부탁드립니다.
5. 개인정보 수집 항목 : 성명, ID, 연락처, 소속기관, E-MAIL 등
6. 개인정보 수집 및 이용 목적 : 사용자 등록 및 임상연구의 원활한 진행
7. 개인정보 파기 : 개인 정보와 등록요청서는 계약 해지, 만료 등 고객(사용자) 요청 시 삭제 및 파기 처리

MEBICA System 사용 전 위의 내용을 충분히 읽고 이해하였습니다. **서명일자 :** _____ **사용자 서명 :** _____

Protocol No.	척추변형연구회 (Deformity)		
성명		성명 (영문)	
ID	1지망) _____ 2지망) _____ (영소문자 숫자 조합 최소 5자리, 특수문자 불가, 기존 사용자는 사용중인 ID 를 기록해 주십시오)		
연락처	☎) _____ HP) _____		
소속 기관		e-Mail	
Data 조회 및 수정 권한	(※ 소속기관 이외에 추가로 권한이 필요한 Site가 있는 경우 아래 기술해 주십시오.) 기관 명 : _____		
역할	<input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> CRA <input type="checkbox"/> CRC <input type="checkbox"/> Other _____		MEBICA 교육 <input type="checkbox"/> 유료 <input type="checkbox"/> 미 유료

* 사용자 등록 완료 시 휴대폰 SMS 와 e-mail로 알려드리며 최초 Password 와 e-Signature는 ID와 동일하니 변경 바랍니다.

※ 아래 항목은 Study 책임자 또는 CRO에서 작성하는 부분입니다.

Name : _____	Signature Date : _____	Signature : _____
--------------	------------------------	-------------------