モニタリング・監査実施申込書

西暦 年 月 日

福島県立医科大学附属病院長 様

直接閲覧申込者 会社名·所属 氏 名

どちらかにチェックを入れる

下記の治験の直接閲覧 (□ モニタリング、□ 監査)を実施したく以下のとおり 連絡いたします。

記

_		
プロジェクト No.		当院のプロジェクト番号 (TI, NI, IS)
治験依頼者		
治験課題名		
実施診療科等		
治験責任医師		
直接閲覧の実施計画	実 施 日 時	西暦 年月日時分~西暦 年月日時分
	閲覧者	
	(モニター名)	
	対 応 者	職・氏名: 予定している対応者を記入願います。 医師とセンター職員 (CRC、事務担当者) が同一の日に 対応する場 合は、医師分とセンター職員分を区別するため、
	対象とする症例	列記せず、申込書を1部 ずつ提出して下さい。
	に関する被験者 識別コード	
	対象とする文書	直接閲覧対象文書・記録等について
		□必須文書 □ I R B 議事録 □ 診療録 □その他()
備考		