

# モニタリング・監査申込書

年 月 日

医療法人伯鳳会 赤穂中央病院  
院長 長尾 俊彦 殿

治験依頼者又は開発業務受託機関（実施者）  
(住所)  
(名称)  
(代表者) \_\_\_\_\_ 印

下記治験について、モニタリング・監査を実施したく申請いたします。

### 記

|                      |  |           |         |   |
|----------------------|--|-----------|---------|---|
| 治験薬成分記号又は<br>治験薬コード名 |  |           | 一般名     |   |
| 治験課題名                | 治験実施計画書No. ( ) 版数: 作成年月日: 年 月 日  |           |         |   |
| 治験実施診療科              |  |           |         |   |
| 治験実施予定期間             | 治験契約締結日 ~ 年 月 日  |           |         |   |
| モニタリング・監査<br>希望日時    | 1.   | 年 月 日 ( ) | : ~     | : |
|                      | 2.   | 年 月 日 ( ) | : ~     | : |
| モニタリング・監査<br>対象項目    | <input type="checkbox"/> 診療録・診療記録<br><input type="checkbox"/> 必須文書閲覧<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |           |         |   |
| モニタリング・監査<br>対象資料    |  |           |         |   |
| モニタリング・監査<br>対象被験者   | 被験者識別番号  |           | 被験者識別番号 |   |
|                      |  |           |         |   |
|                      |  |           |         |   |
| モニタリング・監査<br>実施者氏名   |  |           |         |   |
| 備考                   |  |           |         |   |