

モニタリング・監査申込書

年 月 日

医療法人伯鳳会 赤穂はくほう会病院
院長 西岡 聖 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 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 希望日時	1.	年 月 日 ()	: ~	:
	2.	年 月 日 ()	: ~	:
モニタリング・監査 対象項目	<input type="checkbox"/> 診療録・診療記録 <input type="checkbox"/> 必須文書閲覧 <input type="checkbox"/> その他 ()			
モニタリング・監査 対象資料				
モニタリング・監査 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 実施者氏名				
備考				