

モニタリング・監査結果報告書

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、実施したモニタリング・監査の結果を報告いたします。

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 実施日時	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 対象被験者	被験者識別番号	被験者識別番号
報告事項		
モニタリング・監査 実施者氏名		
医療機関出席者		