

# 監査受諾通知書

年 月 日

治験依頼者・モニター／監査者  
殿

医療法人伯鳳会 赤穂中央病院  
院長 長尾 俊彦 印

年 月 日付で依頼・申請のありました治験の原資料等の直接閲覧を伴う監査について下記のとおり受諾したので通知致します。

## 記

治験薬コード名	
治験課題名	(実施計画書 No. : )
当院対応者 (立会人)	<input type="checkbox"/> 治験責任医師 所属・職名 氏名
	<input type="checkbox"/> 治験分担医師 所属・職名 氏名
	<input type="checkbox"/> 治験分担医師 所属・職名 氏名
	<input type="checkbox"/> 治験分担医師 所属・職名 氏名
	<input type="checkbox"/> 治験事務局員 所属・職名 氏名
	<input type="checkbox"/> 治験事務局員 所属・職名 氏名
	<input type="checkbox"/> ( ) 所属・職名 氏名
	<input type="checkbox"/> 治験薬管理者 所属・職名 氏名
<input type="checkbox"/> 臨床検査技師 所属・職名 氏名	
モニター 監査者	会社名 所属・職名 氏名
	会社名 所属・職名 氏名
	会社名 所属・職名 氏名
	会社名 所属・職名 氏名
実施日時	年 月 日 : ~ 年 月 日 :
実施場所	医療法人伯鳳会 赤穂中央病院 創薬センター
対象内容	対象被験者・対象項目・対象資料は別紙の通り
備考	

※なお本通知書には「監査申込書」(写)を添付するものとする。

※事務局：作成(2部)→院長：押印→治験依頼者、治験責任医師(原本)／関係者(写)／事務局：保存(写)  
※監査申込書：治験依頼者の書式を活用する(書式の事前確認・入手要)

# 監査受諾通知書

年 月 日

治験責任医師

殿

医療法人伯鳳会 赤穂中央病院  
院長 長尾 俊彦 印

年 月 日付で依頼・申請のありました治験の原資料等の直接閲覧を伴う監査について下記のとおりに受諾したので通知致します。

## 記

治験薬コード名	
治験課題名	(実施計画書 No. : )
当院対応者 (立会人)	<input type="checkbox"/> 治験責任医師 所属・職名 氏名
	<input type="checkbox"/> 治験分担医師 所属・職名 氏名
	<input type="checkbox"/> 治験分担医師 所属・職名 氏名
	<input type="checkbox"/> 治験分担医師 所属・職名 氏名
	<input type="checkbox"/> 治験事務局員 所属・職名 氏名
	<input type="checkbox"/> 治験事務局員 所属・職名 氏名
	<input type="checkbox"/> ( ) 所属・職名 氏名
	<input type="checkbox"/> 治験薬管理者 所属・職名 氏名
<input type="checkbox"/> 臨床検査技師 所属・職名 氏名	
モニタ 監査者	会社名 所属・職名 氏名
	会社名 所属・職名 氏名
	会社名 所属・職名 氏名
	会社名 所属・職名 氏名
実施日時	年 月 日 : ~ 年 月 日 :
実施場所	医療法人伯鳳会 赤穂中央病院 創薬センター
対象内容	対象被験者・対象項目・対象資料は別紙の通り
備考	

※なお本通知書には「監査申込書」(写)を添付するものとする。

※事務局：作成(2部)→院長：押印→治験依頼者、治験責任医師(原本)／関係者(写)／事務局：保存(写)  
※監査申込書：治験依頼者の書式を活用する(書式の事前確認・入手要)