西暦　　　年　　月　　日

モニタリング・監査実施連絡票

広島大学病院治験事務局　御中

閲覧申込者（代表者）

（名称・所属）

（氏名）

下記の治験の閲覧(□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

|  |  |
| --- | --- |
| 治験依頼者 |  |
| 被験薬の化学名又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  |
| 実施希望日時 | 西暦　　　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 閲覧者 | 氏名（　　　　　　　　　）　　　　　　所属（　　　　　　　　　　　　　） |
| 氏名（　　　　　　　　　）　　　　　　所属（　　　　　　　　　　　　　） |
| 氏名（　　　　　　　　　）　　　　　　所属（　　　　　　　　　　　　　） |
| 閲覧者連絡先（代表者） | TEL： | FAX： |
| E-mail： |
| 閲覧方法 | □直接閲覧　□リモートモニタリング　□電話　□メール　□Web会議システム　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 対応者（希望時のみ記載） | □治験責任医師　□治験分担医師　□治験協力者　□その他（　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |

メモ欄

|  |  |
| --- | --- |
| 治験事務局 | □院内　□SMO（　　　　　　　　　） |
| 担当者 | 氏名（　　　　　　　　　　） |