広大病院書式13

整理番号	
区分	□治験　□製造販売後臨床試験
	□医薬品　□医療機器　□再生医療等製品

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、□非盲検モニタリング、□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 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SDV（実施場所：□東京　□大阪） □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（　　）

注 1）本書式は治験依頼者等の閲覧申込者（代表者）が作成する。
注 2）実施希望日時欄は、担当者と事前調整し、決定した日時を記載する。
注 3）リモート SDV の場合は備考欄に、実施者 ID 及び閲覧 PC のクライアントコードを記載する。
注 4）リモートモニタリングの場合は備考欄に、リモートで閲覧を希望する原資料等を記載する。
注 5）治験事務局欄は、院内又は SMO の別をチェックし、SMO の場合は会社名を記載する。
注 6）担当者欄は、日程調整を行った CRC、薬剤師等の氏名を記載する。