

監査・モニタリング依頼書

(あて先) 八尾市立病院長

依頼者

(名称・所属)

(氏名)

印

下記の研究の [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

研究課題番号			
研究課題名			
実施予定日時	西暦 年 月 日 時 分 ~ 時 分		
監査/モニタリング担当者連絡先	TEL :	FAX :	
	Email :		
監査/モニタリング担当者リスト	所属	研究組織における役割	氏名
立会人 (希望時のみ記載)	所属	研究組織における役割	氏名
	研究実施部門		
	臨床研究審査委員会		
	薬剤部・その他		
対象となる被験者を識別する番号			
監査/モニタリング対象文書	<input type="checkbox"/> 診療記録 (外来・入院) <input type="checkbox"/> 症例報告書 <input type="checkbox"/> 被験者日誌 <input type="checkbox"/> 試験薬管理表 <input type="checkbox"/> 倫理審査委員会審査記録 <input type="checkbox"/> 倫理審査委員会議事録 <input type="checkbox"/> その他 ()		
病院情報システム利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		