西暦　　　年　　月　　日

**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 |  |
| 監監査/モニタリング対対象文書 | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□試験薬管理表□倫理審査委員会審査記録　□倫理審査委員会議事録□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 病院情報システム利用 | □あり　　　　　　□なし |