愛媛大書式16

　西暦　　　年　　月　　日

モニター・監査担当者名連絡票

愛媛大学医学部附属病院

病　院　長　殿

治験依頼者

住所

名称

代表者名

下記の治験において直接閲覧を行うモニターおよび監査担当者名を連絡いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 治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 |  |
| モニター名 |  |
| 監査担当者 |  |
| 備　　考 |  |