

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			