愛媛大書式8

西暦　　年　　月　　日

モニタリング・監査実施結果報告書

愛媛大学医学部附属病院

病院長　殿

依頼者又は開発業務受託機関（実施者）

住所

会社名

所属

モニタリング・監査実施者氏名(実施者の代表1名)

下記のとおり、直接閲覧（□モニタリング□監査）を実施いたしましたのでご報告申し上げます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 治験薬コード名 |  | | | | |
| 治験課題名 |  | | | | |
| モニター・監査担当者 | 所属部署：　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名： | | | | |
| 直接閲覧日 | 西暦　　年　　　月　　　日　　　　　時　　分～　　時　　分  西暦　　年　　　月　　　日　　　　　時　　分～　　時　　分 | | | | |
| 直接閲覧実施場所 |  | | | | |
| 立会者 | 所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：  所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名： | | | | |
| 対象被験者  （被験者識別コード） |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 閲覧結果及び問題点等 |  | | | | |