

## 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				