西暦　　　年　　月　　日

モニタリング・監査実施申込書

治験審査委員会

独立行政法人国立病院機構本部

中央治験審査委員会 治験事務局 御中

独立行政法人国立病院機構相模原病院

　　受託研究審査委員会 事務局

今般、下記治験依頼者より当該治験に関するモニタリング・監査実施の旨連絡（別添参照）がありましたので該当関連資料についてご対応をお願いいたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 治験依頼者名  （課題名） | （課題名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 実施希望日時（※） | 西暦　　　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　　時　　分 | |
| 閲覧者連絡先  （※） | 氏名： | 所属： |
| TEL： | FAX： |
| Email： | |
| 対象資料 | □治験審査委員会議事録（対象期間　　年　月　日～　年　月　日）  □SOP  □委員指名記録  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 備考 |  | |

西暦　　年　　月　　日

　　　　　　　確認欄（モニタリング・監査受入れ側記載欄）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 治験審査委員会  事務局からの連絡 | □連絡のとおり直接閲覧を受け入れます。 | |
| 実施日時は、西暦　　　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　　時　　分です。  （実施場所： 　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 治験審査委員会  事務局（窓口）  担当者連絡先 | 氏名： | 所属： |
| TEL： | FAX： |
| Email： | |