（様式１）

西暦　　　年　　月　　日

（許可番号　第　　　 号）

モニタリング実施連絡表

　　徳島大学病院

総合臨床研究センター長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　下記のとおりモニタリングの実施を申請します。

1. 治験課題名：

　　治験依頼者：

２．申込者連絡先：TEL/FAX

　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

３．モニタリング担当者：所属　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　所属　　　　　　　　　　　　　氏名

４．モニタリング目的及び内容：□ 診療録の直接閲覧を伴うモニタリング

* 被験者組み入れ時の確認
* 治験中の記録確認
* 投与終了後の記録確認
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　□ 診療録の直接閲覧を伴わないモニタリング

* 被験者組み入れ時の聞き取り（担当医師が診療録確認）
* 責任医師保管書類の確認
* 治験事務局保管書類の確認
* 治験薬管理に関する確認
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５．実施予定日：西暦　　　　年　　　月　　　日　　　：　　～　　：

６．実施時立会い：所属・職名　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　所属・職名　　　　　　　　　　氏名

７．実施場所：□ 総合臨床研究センター

　　　　　　　　　　　　　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

確認欄

　連絡のとおりモニタリングを受け入れます。

　西暦　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　徳島大学病院総合臨床研究センター長　　　　　　　　　印