**モニター又は監査担当者リスト**

（様式２）

西暦　　　年　　月　　日

モニタリング又は監査責任者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　印

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名 又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  | | |

モニター氏名・所属

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | フリガナ | 所　　　属 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

監査担当者氏名・所属

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | フリガナ | 所　　　属 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |