（様式３）

西暦　　　年　　月　　日

　（許可番号　第　　　 号）

監査実施連絡表

　　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

　下記のとおり監査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．監査担当者：所属　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　所属　　　　　　　　　　　　　氏名

４．監査目的及び内容：□ 診療録の直接閲覧を伴う監査

* 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監査

* 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．実施予定日時：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

　連絡のとおり監査を受け入れます。

　西暦　　　年　　月　　日

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