西暦　　　 年　 月　 日

実施医療機関の長

島根大学医学部附属病院　病院長　殿

治験依頼者

（名称）

（代表者）

モニタリング及び監査の実施申込書

 （新規・変更）

下記治験・製造販売後臨床試験について、モニタリング及び監査を実施したく申し込みいたします。

なお、モニタリング実施及び監査実施者について下記の者を指名しますので登録手続き方、併せてお願いいたします。

記

 治験課題名

○ モニタリング

1. 依頼者側担当者名及び連絡先 担当者氏名： 所属：

 TEL FAX

1. 登録するモニターの氏名 人数 名

及び人数 氏名

1. モニタリング実施 時期及び 時期 　 回

予定回数

○ 監査

1. 依頼者側担当者名及び連絡先 担当者氏名： 所属：

 （モニタリングの担当者と同様

 の場合は同上と記載） TEL FAX

1. 登録する監査実施者の氏名 人数 名

及び人数 氏名